

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**El buen gobierno de la sanidad: las influencias debidas e  
indebidas en la formulación de políticas de salud**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Ildefonso Hernández Aguado**

DIRECTOR

**Manuel Villoria Mendieta**

**Madrid, 2018**



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA  
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN  
ORTEGA Y GASSET

PROGRAMA DE DOCTORADO GOBIERNO Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Tesis Doctoral

**EL BUEN GOBIERNO DE LA SANIDAD: LAS INFLUENCIAS DEBIDAS E  
INDEBIDAS EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD**

**ILDEFONSO HERNÁNDEZ AGUADO**

Director de la Tesis

**DR. MANUEL VILLORIA MENDIETA**  
**UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS**

Madrid, 2017



## Agradecimientos.

A Manuel Villoria Mendieta por arriesgarse a dirigir la tesis de un aficionado a las ciencias políticas, por su ayuda y confianza. A todos los entrevistados por su tiempo y disponibilidad y a las innumerables personas con las que he tratado los asuntos de esta tesis durante los últimos cuatro años. A María José Ramírez y Joaquín García del Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández por la constante ayuda. A Gustavo Zaragoza Gaynor y Lucy A. Parker por contribuir a parte de las investigaciones y a Elisa Chillet por la revisión del documento. A Blanca Lumbreras, excelente académica, por su compañerismo y ayuda. A mi familia que con buen ánimo conlleva mi dedicación académica.



## ÍNDICE GENERAL:

	Página
Tablas y figuras.....	8
Resumen en inglés.....	11
Resumen.....	17
 CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	 23
A) <b>Planteamiento del problema</b> .....	23
B) <b>Hipótesis y objetivos</b> .....	27
C) <b>Metodología</b> .....	30
D) <b>Desarrollo</b> .....	33
 CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	 35
1. INTRODUCCIÓN AL MARCO TEÓRICO.....	35
2. LA FORMULACIÓN E IMPLANTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	37
3. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD.....	47
A) <b>Políticas públicas de salud y sus rasgos             fundamentales</b> .....	47
B) <b>Los actores y sus redes en políticas de salud</b> .....	53
4. LA CAPTURA DE LAS POLÍTICAS DE SALUD.....	61
5. LAS INFLUENCIAS EN LA POLÍTICA DE SALUD Y LAS COLABORACIONES PÚBLICO-PRIVADAS.....	68
 CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	 71
1. ESTUDIO SOBRE LAS INFLUENCIAS EN LAS POLÍTICAS DE SALUD A TRAVÉS DE SUS ACTORES.....	71
A) <b>Objetivos</b> .....	71
B) <b>Metodología</b> .....	71
C) <b>Resultados fase 1</b> .....	79

<b>D) Resultados fase 2 (estudio principal).....</b>	<b>83</b>
a) Actores relevantes en política de salud.....	83
a') Políticos responsables, sus equipos y otras instituciones relacionadas a nivel estatal.....	83
b') Políticos responsables a nivel europeo.....	89
c') Partidos políticos y sus representantes.....	89
d') Agencias, instituciones u organismos nacionales o internacionales.....	90
e') Centros sanitarios y de investigación.....	91
f') Personal de las Administraciones Públicas.....	92
g') Sindicatos y organizaciones empresariales.....	92
h') Organizaciones civiles.....	93
i') Empresas relacionadas directa o indirectamente con la salud.....	94
j') Medios de comunicación y sus agrupaciones.....	95
k') Otros.....	95
b) Influencias, actores que la ejercen y actores que las reciben.....	96
a') Los actores responsables de la política de salud y las influencias establecidas normativamente.	96
b') Influencias indebidas entre gobiernos, sus instituciones y organismos, los parlamentos y los partidos políticos.....	99
c') Influencias desde las empresas.....	103
d') Los medios de comunicación.....	109
e') Las influencias sutiles.....	114
c) Propuestas de prevención de influencias indebidas...	116
a') Políticas sobre altos cargos y funcionarios.....	117
b') Políticas sobre la calidad de las instituciones.....	120
c') Recomendaciones sobre los medios de comunicación.....	125
 2. CAPTURA CULTURAL: LA CAPTURA DE LA CIENCIA SOBRE COLABORACIONES PÚBLICO PRIVADAS EN SALUD PÚBLICA.....	 127
A) <b>Objetivos</b> .....	127
B) <b>Metodología</b> .....	127
C) <b>Resultados</b> .....	132
 3. EL PAPEL DE LAS COLABORACIONES PÚBLICO PRIVADA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	 141

A) <b>Objetivos</b> .....	141
B) <b>Metodología</b> .....	141
C) <b>Resultados</b> .....	142
 CAPITULO IV. DISCUSIÓN.....	145
1. LAS INFLUENCIAS EN LAS POLÍTICAS DE SALUD A TRAVÉS DE SUS ACTORES.....	145
A) <b>La ley de prevención del tabaquismo pasivo</b> .....	145
B) <b>Los actores</b> .....	148
B) <b>Interacciones establecidas normativamente</b> .....	155
D) <b>Influencias dentro de las administraciones y en las         instituciones políticas</b> .....	157
E) <b>Influencias desde las empresas</b> .....	158
F) <b>Los medios de comunicación y las influencias         sutiles</b> .....	167
D) <b>La prevención de influencias indebidas</b> .....	169
2. LAS COLABORACIONES PÚBLICO-PRIVADAS.....	170
 CONCLUSIONES.....	171
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	199
 ANEXO I.....	221



## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS:

Tabla 1: Relación de entrevistados para el estudio sobre las influencias en las políticas de salud a través de sus actores..... 77

Tabla 2: Actores relevantes en políticas de salud identificados por las personas encuestadas tanto por ejercer influencias como por ser diana de influencias..... 83

Figura 1. Actores que influyen en la política de salud..... 96

Tabla 3. Influencias ejercidas en el ámbito de la política de salud por actores de la administración, sus organismos, los parlamentos y los partidos políticos que pueden calificarse de indebidas..... 98

Tabla 4. Influencias ejercidas en el ámbito de la política de salud por empresas relacionadas directa o indirectamente con la salud que pueden calificarse de indebidas..... 103

Tabla 5. Papel de los medios de comunicación generales y especializados en salud en las redes de influencias en política de salud de acuerdo a la visión de periodistas de contenidos en salud. Ejemplos de influencias aportados por los entrevistados..... 109

Figura 2. Diagrama de flujo que muestra el proceso de identificación y cribado de los artículos para su inclusión en la investigación..... 126

Tabla 6. Ventajas de las colaboraciones público-privadas de acuerdo a las sugerencias de los autores partidarios de esta estrategia..... 130

Tabla 7. Argumentos principales en contra de las colaboraciones público-privadas sugeridos por los autores críticos con esta estrategia..... 132

Tabla 8. Condiciones para involucrarse en colaboraciones público-privadas propuestas por los autores de los trabajos revisados.....	135
---	-----

Tabla 9. Resultados de la evaluación de las colaboraciones público-privadas en promoción de salud según independencia de los autores y carácter del colaborador privado.....	140
--	-----



## Resumen en inglés

New knowledge and acquired experience in the health field show that changes in public policies are needed in order to address present and future population health challenges. The increasing evidence on the effect that social determinants have on health has made public health workers turn their interest to public policy-making. The biomedical focus limits the social response to health problems to the provision of health care services, which are becoming more and more costly and complex. There is no doubt of the need to assure access to health care, but the provision of health services must not go beyond what is strictly essential and should not create unneeded medicalization and interventionism. The health promotion and prevention programs which target individuals, such as health information, have proved inadequate if they are not combined with wide-ranging policies designed to create healthy environments. Societies that aspire to health gains which contribute to the sustainability of health systems should direct their policies at the root causes of health problems. Strategies should be aligned with the recommendations of the report of the Commission on Social Determinants of Health of the World Health Organization. These guidelines promote population health through public policies at all government levels. However, the emphasis on the biomedical model as the response to health problems has been supported by the influence of interest actors, which in turn has hindered the emergence of public health approaches and the addition of social innovation in health policies. In line with the interest in public policies as a health determinant, there has been a growing academic interest in the external influences on decision-making and on how diverse circumstances impact on the governance of health policy and on the health of populations. Knowledge of who influences public health decisions and their strategies, either open or covert, has proved to be a key issue. This awareness is particularly relevant to the assessment whether external influences may result in policy capture. The interest in influences becomes more significant when we consider the present role that transnational corporations are playing in health-related public decisions.

Some authors have explored the role of interest groups in Spanish public health policies. The analysis has been more quantitative than qualitative but has provided valuable information on several actors that exert influence on drug and food policy. There has also been research into the field of health system governance. However, there

are no reports that describe the manner in which different actors and interest groups exert influence on public health policy and on the effects of these influences. It should be underlined that in the field of policies not related to health care, there are more difficulties in establishing the determinants of public decisions, as most of these decisions are in fact non-decisions or inaction. Non-decisions are opposition to change, a situation observed over many years in relation to policies on tobacco control and which is now obvious in the control of other unhealthy commodities. Therefore, it would be pertinent to ask whether interested actors in Spain are carrying out activities in order to modify public decisions, stall healthy policies, or ensure that regulation is in line with their interests and has lower potential effectivity.

This thesis tests the hypothesis that the processes of decision-making in public health in Spain are subject to influences by interested actors that result in some degree of avoidable political and regulatory capture. This hypothesis can be translated into the following research objectives: 1) to identify the actors from public administration, civil society and, particularly, from health related companies that have influence on policy-making with health effects; 2) to explain relations among the diverse actors that influence health-related policies; 3) to describe the actions of the interest groups and through which means, persons or secondary groups they act; 4) to analyse the position of health-related regulatory agencies and their role in the network of influences that affect health; and, 5) to propose models of interaction that enable good health governance.

The thesis also considers whether it is likely that conflicts of interest encourage public private partnerships in the scientific environment. The interest in studying this type of partnership underlies the fact that these collaborations are the most frequent proposals designed to avoid regulation and thus prevent innovative policies in health protection. An analysis of opinions published in scientific journals on public private partnerships was designed in order to examine whether these opinions were related to the presence of conflicts of interest. Research into scientific evidence on these collaborations was also performed.

In order to study the actions taken by interested actors to modify health policy, a case-study model was chosen which was designed to focus on public health policies in

Spain. It was believed that a qualitative approach would allow us to study in depth the behaviour of interested actors and their interaction with the government. This approach would also be helpful in portraying appropriately the agents that exert policy influence, the channels of these influences, the way in which they are performed, and the impact on policy decisions. The case study encompassed semi-structured interviews with key figures in policy formulation. A first test phase took advantage of the window of opportunity offered by the new tobacco ban in 2011; a major policy change. The main study included 54 interviews on all health related public policies. The complementary objectives were addressed by a systematic review of the scientific literature using standard methodology for document identification, retrieval of relevant data and revision.

The results show that the main institutions and political actors in charge of health policy are vulnerable to the influences of actors with specific interests. There is an absence of a well-defined political stewardship on the principles and values that should guide political action in coherence with the political party or parties that support the government. Another finding was a loss in overall technical capacity by the policy actors and the institutions. The thesis describes what has been called “cabinet policy” in the Ministry of Health: the main decisions of the Ministry are taken without the inputs from its technical structure and follow the media agenda more than the defined established goals. This form of policy formulation diminishes the capacity of administrative intelligence needed to address complex and multidimensional problems; an intelligence that is accrued by the management of relations and contacts and by inter-administrative interactions.

The agents of specific interests and particularly the companies related to health products or those that produce health damaging commodities, show a high capacity of policy influence. They have easy access to the institutions, great technical capacity, multiple cognitive resources and strategic competence. These enable them to reach key health policy influences, by direct influences that can be classified as undue influences or by capture of the intellectual environment within the policy decisions are taken. The intensity of their actions allows them to shape the behaviour of other actors. This is the case of some scientific medical associations or some patient groups. The combined

effect of these actions is the reduction of the space for those actors that advocate for public interests.

Among the actions of policy influence described, those that cause low quality of government are frequent, for example the revolving doors phenomenon or the exchange of policy decisions in return for advantages. However, it is worth highlighting the ability of some actors with specific interests, the transnational corporations, to shape public assumptions by problem definition with features and visions that prompt public responses that are in line with their interests. This is because these actors have been able to capture the generation and transmission of knowledge and thus set the media and political agenda. The capture of the intellectual environment is accomplished through either direct or indirect influence on the media. The ministers and other high-level policy-makers involved in health-related policies are frequently exposed to interactions that back non-regulation of unhealthy commodities. Instead of regulation, these contacts promote consensus, public private partnerships and self-control. On the other hand, these interactions lead policy-makers to stress health care policies based on the introduction of more patent-based technologies and to ignore public health and social innovation. The interviewees make proposals to improve health governance. These proposals together with those of recognized authors offer a range of appropriate interventions to improve the quality of health policy.

The results show that there is a capture of the scientific environment in so far as public private partnerships are encouraged to promote health. This thesis indicates that these partnerships have proved to be neither effective nor safe.

The conclusions suggest that actors with specific interests have achieved a remarkable degree of health policy capture the results of which can frequently hinder executive or normative interventions of health promotion, replacing them with ineffective collaborations. Likewise, these actors have the capacity to shape the public environment in a way that thwarts changes to prevalent health policies mainly based on health care. Political actors and institutions related to health in Spain have lost technical capacity and develop policies that rest more on the media agenda than on a previously established program. These actors, which include the Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, have low leadership capacity and their performance is

unsatisfactory. International actors and regulatory agencies which have a key influence on Spanish health policy suffer a substantial degree of capture by companies related to health and disease. Evidence based ideas in public health, such as those used in the case of passive smoking prevention, have legitimacy of origin. W

hen they are properly defended by general interest groups, they permit significant changes in health policies. There are opportunities to improve the quality of health governance if the available recommendations and those gathered in this thesis are implemented.





## Resumen

Los nuevos conocimientos y las experiencias adquiridas nos muestran que los retos de salud a los que se enfrentan las poblaciones actuales requieren una transformación en las políticas públicas. Constatar el efecto que en la salud de las poblaciones tienen las condiciones sociales ha determinado una mayor atención de los salubristas a la formulación de las políticas públicas. La aproximación biomédica a los problemas de salud ha motivado que la respuesta social a los problemas de salud se ciña a la provisión de servicios asistenciales cada vez más complejos y costosos. No hay duda de que debe garantizarse de atención sanitaria, pero esta no debe ir más allá de lo estrictamente imprescindible creando intervencionismo y medicalización innecesarios. Las actuaciones de prevención y promoción de la salud de carácter individual de tipo informativo se muestran insuficientes si no se acompañan de políticas que creen un entorno más saludable. Si una sociedad desean ganar salud y contribuir así a la sostenibilidad de su sistema de salud debe orientar sus políticas a las causas radicales de los problemas de salud en línea con las recomendaciones principales del informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud que son políticas públicas en todos los niveles de gobierno. Sin embargo, la acentuación del modelo biomédico como respuesta a los problemas de salud se ha reforzado por las influencias de diversos actores interesados que a su vez han dificultado la emergencia del enfoque de salud pública y la introducción de las innovaciones sociales en las políticas de salud. Paralelamente al interés por las políticas públicas como determinante clave de la salud, ha ido creciendo el interés académico por las influencias en las políticas públicas de salud y sobre cómo las cuestiones de buen gobierno afectan tanto a las políticas de salud como a la salud de las poblaciones. El conocimiento de quién y cómo influye en las decisiones de políticas públicas de salud, ya sea de forma abierta o de forma más sutil, se convierte en una cuestión central de la política de salud pública. En particular, es clave conocer en qué medida se producen influencias que alejan las políticas públicas de salud del interés general y en qué medida las influencias conducen a una captura de las políticas. Este interés se ha acentuado al comprobar el papel que están jugando en las decisiones públicas las corporaciones transnacionales relacionadas con la salud.

Algunos autores han examinado el papel de los grupos de interés en las políticas públicas de salud en España. El análisis ha sido más de tipo cuantitativo que cualitativo aunque ha aportado información valiosa sobre algunos de los actores que actúan sobre la política de farmacia o sobre la política alimentaria. Por otra parte, también se han desarrollado investigaciones en el ámbito del buen gobierno de los sistemas sanitarios. Sin embargo, no hay estudios que describan las formas de influencia que los distintos actores ejercen en la política de salud pública y sus efectos potenciales. Debe subrayarse que en el campo de las políticas de salud no sanitarias, hay más dificultades en trazar los determinantes de las decisiones públicas, pues muchas de ellas son no decisiones o inacción. Es decir, que lo que suele producirse es resistencia al cambio tal como durante muchos años ocurrió con las políticas de prevención del tabaquismo y como ahora mismo ocurre con muchos otros productos insalubres. De ahí que sea de interés preguntarse si se producen en España actuaciones por actores interesados que modifican las políticas de salud bloqueando las políticas saludables o determinando que las políticas que se implanten sean cercanas a los intereses de los actores de influencia con una menor efectividad potencial. Esta tesis pone a prueba la hipótesis de que los procesos de decisión de políticas públicas de salud en España están sujetos a influencias por actores interesados que determinan un grado de captura de las políticas y de las agencias de salud que es evitable. Esta hipótesis se concreta en los siguientes objetivos de investigación: 1) identificar los actores de la administración pública, de la sociedad civil y en particular de las empresas relacionadas con la salud que influyen en la formulación de políticas que afectan a la salud de la población; 2) explicar cómo se relacionan los diversos actores que influyen en la política relacionadas con la salud; 3) describir las formas de actuación de los grupos de interés y a través de qué medios, personas o grupos de interés secundarios lo hacen; 4) analizar el papel jugado por las agencias reguladoras relacionadas con la salud y su inserción en el entramado de influencias que afectan a la política de salud; y, 5) proponer formas de interrelación que faciliten el buen gobierno de la salud.

Se plantea también si es posible que los conflictos de interés influyan en la visión positiva en el entorno científico hacia las colaboraciones público privadas en salud. El interés de examinar este tipo de colaboraciones subyace en que se trata de una de las propuestas más frecuentes para evitar la regulación y de esta forma bloquear

políticas innovadoras en la promoción de la salud. En consonancia con esta pregunta de investigación se planteó describir las opiniones publicadas en revistas científicas sobre las colaboraciones público-privadas en salud pública y analizar si estaban relacionadas con conflictos de interés de los autores. Por último se determinó si hay pruebas científicas sobre las colaboraciones público privadas en promoción de salud.

Para estudiar las posibles actuaciones por actores interesados dirigidas a modificar las políticas de salud se eligió el método de caso centrado en las influencias en las políticas de salud en España. Entendimos que el abordaje cualitativo nos permitiría profundizar en el conocimiento del comportamiento de los actores de interés y su interacción con los poderes públicos y nos podría ofrecer un cuadro bastante adecuado sobre los agentes que ejercen influencia, los flujos de estas influencias, como se ejercen y los posibles efectos en las políticas. El estudio del caso se realizó mediante entrevistas semiestructuradas a personas clave en el proceso de formulación de políticas. En una primera fase de prueba se aprovechó la ventana de oportunidad que ofrecía estudiar un cambio significativo en las políticas de salud como fue la ley de prevención del tabaquismo de 2011. El estudio principal incluyó 54 entrevistas sobre el conjunto de políticas públicas de salud. Los objetivos complementarios se abordaron mediante una revisión sistemática de la literatura científica aplicando métodos estandarizados de identificación de documentos, de revisión y de extracción los datos relevantes.

Los resultados muestran que las instituciones y los actores políticos principales responsables de la política de salud son vulnerables a las influencias de actores con intereses especiales. Hay una ausencia de rectoría política clara sobre los principios y valores que deben guiar una acción política en consistencia con el partido o partidos políticos que sustentan al gobierno. Se constata una pérdida de capacidad técnica general que afectan a los actores políticos y a las instituciones. En el Ministerio de Sanidad sucede lo que se ha denominado “gabinetización” de la política por el que los actores políticos máximos responsables toman las decisiones a un nivel alto sin contar con las estructuras técnicas y siguiendo más la agenda que marcan los medios de comunicación que objetivos claramente definidos. Esta forma de hacer política menoscaba la capacidad de inteligencia administrativa derivada de la gestión de relaciones, cultivo de los contactos e interacciones inter administrativas con el fin de abordar problemas complejos y multidimensionales.

Los agentes que defienden intereses específicos y en particular las empresas relacionadas con productos sanitarios o con productos que causan enfermedades, muestran una alta capacidad de influencia política. Tiene un alto grado de acceso a las instituciones, gran capacidad técnica, múltiples recursos cognitivos y potencial estratégico. Todo ello les permite alcanzar influencias determinantes en las políticas de salud tanto por influencias directas que pueden clasificarse de indebidas como mediante la captura del entorno intelectual en el que se adoptan las decisiones públicas. La intensidad de sus actuaciones les lleva a influir en otros actores y lograr que actúen en favor de sus intereses. Es el caso de algunas asociaciones científicas médicas o de grupos de pacientes. El efecto conjunto es una reducción del espacio para los actores que defienden intereses generales.

Entre las acciones de influencia descritas son frecuentes las que causan baja calidad de gobierno, es el caso de las denominadas puertas giratorias o la influencia sobre decisiones a cambio de diversas ventajas. Sin embargo, es destacable la habilidad que muestran algunos actores de interés específico, las corporaciones transnacionales, en forjar asunciones públicas definiendo los problemas con unas características y una visión que predispone a respuestas alineadas con sus intereses. Esto se debe a que han logrado condicionar la generación y difusión del conocimiento influyendo de esta forma en la agenda mediática y política. La captura del entorno intelectual se completa con acciones de influencia directa o indirecta en los medios de comunicación. Los ministros y altos cargos relacionados con las políticas de salud están intensamente expuestos a interacciones que favorecen la inacción en la regulación de productos insalubres a cambio de supuestos consensos, colaboraciones público privadas y autocontrol. Por otra parte, estas interacciones les llevan a acentuar las políticas de servicios asistenciales en la dirección de introducir más tecnologías basadas en patentes y a ignorar la salud pública y la innovación social. Las personas objeto de entrevista han realizado propuestas de buen gobierno de la salud que junto a las ya recogidas por autores reconocidos ofrecen un abanico de actuaciones adecuadas para mejorar la calidad de la política de salud.

Los resultados muestran que se producen captura en el entorno científico de forma que se promocionan las colaboraciones público-privadas en promoción de la

salud que por otra parte en esta tesis se ha mostrado que no hay pruebas científicas sobre su efectividad y seguridad.

Se concluye que la acción de actores con intereses específicos ha logrado un grado de captura notable de la política de salud de forma que frecuentemente pueden bloquear actuaciones ejecutivas o normativas de promoción de la salud sustituyéndolas a cambio por colaboraciones inefectivas. Asimismo, tienen capacidad para modelar el entorno público motivando que la inercia hacia una política de salud enfocada únicamente a los servicios sanitarios asistenciales sea difícil de modificar. Los actores e instituciones políticas relacionadas con la política de salud en España han perdido capacidad técnica y desarrollan una acción política más dependiente de la agenda mediática que de un programa previamente establecido. Estos actores políticos incluido el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, tienen escasa capacidad de liderazgo y su actuación es insatisfactoria. Actores internacionales y agencias reguladoras que tienen influencia decisiva en la política de salud de España tienen un grado apreciable de captura por parte de compañías relacionadas con la salud y la enfermedad. Las ideas de salud pública basadas en pruebas científicas, como es el caso de la prevención del tabaquismo pasivo, parten de una legitimidad origen que permite, si están bien defendidas, situarlas en la agenda pública y en ocasiones transformar las políticas públicas de salud. Hay posibilidades de mejorar la calidad del gobierno de la salud si se atienden las recomendaciones disponibles y las sugeridas en esta investigación.



## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

### **A) Planteamiento del problema.**

En salud pública se asumía hasta no hace mucho tiempo que las pruebas científicas suponían la base principal de la formulación de políticas. La tradición biomédica de los salubristas influyó en trasladar al ámbito político una visión similar a la de la práctica de la medicina en la que la disponibilidad de evidencias científicas supone el argumento principal para la instauración de intervenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas o rehabilitadoras. Desde que las autoridades de salud pública establecieron mediante pruebas científicas sólidas que el tabaco causaba enfermedad y que su impacto era de gran magnitud, fueron necesarios más de 30 años para que comenzasen a implantarse políticas efectivas. Este y otros hechos han llevado a los profesionales y académicos de salud pública a reconocer que, si bien las pruebas científicas pueden ser necesarias, la formulación de políticas públicas es un proceso mucho más complejo que la mera traslación del conocimiento a la práctica.

Por otra parte, desde la salud pública se ha ido prestando más atención a las políticas públicas en la medida que se constataba que éstas pueden contribuir de forma más efectiva a mejorar la salud de la población que las intervenciones de carácter individual del tipo informativas o de consejo preventivo. El avance en el conocimiento sobre el efecto cardinal que en la salud de las poblaciones tienen los condicionantes sociales ha sido fundamental en esa mayor atención a las políticas públicas. De hecho, las recomendaciones principales del informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud son políticas públicas en todos los niveles de gobierno<sup>1</sup>.

Cabe precisar que los indudables avances de la medicina en la segunda mitad del siglo pasado favorecieron en fortalecimiento de la visión de la salud centrada en el paradigma biomédico. Esto condiciona que las políticas públicas de salud se hayan desarrollado en un entorno social que suele favorecer las intervenciones de carácter asistencial mientras que las políticas de promoción de la salud, de prevención o protección suelen enfrentarse a más dificultades. No es extraño que el derecho



constitucional a la protección de la salud se haya interpretado usualmente como el derecho a recibir cuidados sanitarios frente a la enfermedad. Sin embargo, la acentuación del modelo biomédico como respuesta a los problemas de salud se ha reforzado por las influencias de diversos actores interesados que a su vez han dificultado la emergencia de la visión de salud pública y la introducción de las innovaciones sociales en las políticas de salud. Dentro del campo de los cuidados de la salud, Brezis y Wiist explican como la poderosa industria farmacéutica y de productos médicos ha influido para incrementar el uso de tecnologías basadas en patentes mientras otras alternativas más eficientes no pueden abrirse paso<sup>2</sup>. En el campo más propio de la salud pública, Moodie *et al.* muestran que gran parte de los principales problemas de salud de la población mundial pueden ser debidos a las actuaciones de grandes corporaciones industriales transnacionales que entre otras actuaciones bloquean las políticas públicas de protección de la salud<sup>3</sup>. Mindell *et al.* describen las estrategias usadas por las industrias para evitar la regulación y consideran que hay una captura corporativa de las políticas de salud pública<sup>4</sup>.

Algunos salubristas, al constatar la relevancia de las políticas públicas como instrumento de ganancia de salud y constatando la relevancia de las influencias externas en la formulación de políticas, se fueron involucrando en las acciones denominadas abogacía por la salud o *health advocacy* también denominada en castellano defensa e influencia por la salud<sup>5</sup>. Se describe como “una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud”<sup>6</sup>.

El conocimiento de quién y cómo influye en las decisiones de políticas públicas de salud, ya sea de forma abierta o de forma más sutil, se convierte en una cuestión central de la política de salud pública. En particular, es clave conocer en qué medida se producen influencias que alejan las políticas públicas de salud del interés general y en qué medida las influencias conducen a una captura de las políticas tal como proponen Mindell *et al.*

En el campo de las políticas de salud no sanitarias, las que menos tienen que ver con los servicios sanitarios, hay más dificultades en trazar los determinantes de las

decisiones públicas, pues muchas de ellas son no decisiones, abstención o inacción. Es decir, que lo que suele producirse es resistencia al cambio tal como durante muchos años ocurrió con las políticas de prevención del tabaquismo y como ahora mismo ocurre con muchos otros productos insalubres. En este caso, se trata del ejercicio de una dimensión del poder que no tiene que ver con la capacidad de influir en las decisiones, sino en impedir que algunas cuestiones entren siquiera en la agenda política y por tanto no se inicie el proceso decisional. Tal como describen Dente y Subirats, esta fue una de las primeras objeciones formuladas a la obra de Dall *¿Quién Gobierna?*, que hicieron tanto Bachrach como Baratz al precisar que Dahl desatendía esta importante dimensión del poder<sup>7</sup>. En cualquier caso, algunas de estas situaciones se han analizado como decisiones de no decidir; si acaso, cabe subrayar que para el análisis de las influencias en la captura de políticas, las no decisiones conllevan más dificultades en probar la existencia de captura tras el estudio del proceso decisional.

La cuestión que nos planteamos consiste en estudiar si efectivamente, dentro de la pluralidad de actores que intervienen en los procesos de decisión en políticas de salud, hay algunos actores que tienen preponderancia y consiguen que las políticas públicas estén alineadas con sus intereses. Entre los modelos conceptuales de decisiones públicas, Dente y Subirats asumen en parte el modelo incremental propuesto por Charles Lindblom aunque lo amplían por la necesidad de explicar cuáles son las variables que contribuyen a determinar la posibilidad de una transformación no incremental de una política pública<sup>8</sup>. En salud pública, a la hora de estudiar los actores y sus influencias políticas interesan las transformaciones no incrementales cuando se observan, las incrementales y las inercias resistentes a los cambios. De hecho hay diversidad en los modelos analíticos aplicados para establecer los elementos esenciales del proceso de toma de decisiones en salud pública y el estudio de los actores de interés. Por ejemplo, algunos autores como Chaqués y Palau han aplicado en España el modelo de *punctuated-equilibrium* de Baumgartner y Jones, y parcialmente el de Kingdon de establecimiento de agenda, en el análisis de la dinámica de las políticas de seguridad alimentaria y de farmacia<sup>9</sup>. Esta teoría sugiere que aunque la política normalmente se desarrolla de forma incremental, en ocasiones se producen también cambios significativos que dependen tanto de factores políticos externos como de la calidad inherente de las nuevas ideas. Es una teoría que se ha aplicado también para analizar los

cambios en las políticas de control del tabaquismo en Reino Unido o el inusitado interés en situar como prioridades globales la malaria, la polio o la tuberculosis en distintos momentos <sup>10,11</sup>. Smith analiza las teorías más citadas en el análisis de los procesos de decisión en políticas de salud pública y, además de las antes comentadas, cita también el esquema conceptual elaborado por Kingdom –*multiple stream approach*– que se ha usado en Reino Unido para analizar el desarrollo de las políticas sobre desigualdades en salud o la noción de Hall sobre los paradigmas de políticas que en Francia se empleó para explicar el cambio de una política curativa frente a la dependencia de las drogas a una política de reducción de daños <sup>12</sup>.

El papel de los agentes que contribuyen al cambio político o a la inercia se considera en cualquiera de estos marcos conceptuales o de aproximaciones que integren las diversas construcciones analíticas mencionadas. En el Marco Teórico de esta tesis, se exponen los diversos tipos de actores y sus recursos. Cabe resaltar aquí que entre las diversas visiones sobre los actores y sus redes, el *advocacy coalition framework* de Sabatier y Jenkins-Smith es mencionado por su utilidad para que los profesionales de la salud pública ejerzan influencia a través de diversas rutas alternativas además de trabajar directamente con los decisores o con personas cercanas a ellas <sup>13</sup>.

Las influencias de los actores de interés en la política de salud han sido parcialmente estudiadas. Se han descrito por ejemplo la movilización de los grupos de interés en el Parlamento español, analizando cuantitativamente las áreas de interés <sup>14</sup>. Cabe destacar la obra reciente “Los grupos de interés en España” dirigida por Molins, Muñoz Márquez y Medina <sup>15</sup>. En ella, además de una revisión sobre la teoría de los grupos de interés, se incluyen sendos capítulos relacionados directamente con la política de salud. En uno de ellos se analiza el papel de Farmaindustria – la Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica que agrupa a la mayoría de los laboratorios farmacéuticos innovadores establecidos en España que producen la práctica totalidad de las ventas de medicamentos de prescripción bajo patente– en la política de farmacia, seguramente el área más estudiada en lo relativo a grupos de interés de la política de salud <sup>16</sup>. También imprescindible es el capítulo de Palau sobre las organizaciones de interés en la política de seguridad alimentaria <sup>17</sup>. En él se hace una detallada descripción de los grupos de interés analizando a lo largo del tiempo su papel más o menos decisivo en la política alimentaria. Coincidiendo con lo que más adelante se expone en el Marco

Teórico, se muestra el papel preponderante de la industria alimentaria y la defensa que de ella asume el propio Ministerio de Agricultura. Se considera también el efecto que el cambio de paradigma en el enfoque de la política alimentaria tiene en las interacciones entre el Estado y los grupos de interés y por tanto la relevancia que tiene la definición de los problemas públicos, otro asunto que se considera en detalle en el Marco Teórico.

Desde la investigación desarrollada en ámbitos sanitarios, es cierto que la preocupación por el buen gobierno de la política de la salud se ha incrementado en los últimos años. Sin embargo, como era de esperar, la atención se centra en los servicios asistenciales ocupándose la mayoría de estudios realizados en el análisis de la estructura y funcionamiento del sistema de salud. Concretamente se ha estudiado con cierto detalle lo relativo a las formas de provisión de servicios sanitarios como respuesta a la incorporación progresiva de proveedores privados de las prestaciones sanitarias públicas. En esa línea van los análisis de Ortún y Callejón o el del trabajo dirigido por Abellán que concluye en que por medio de las concesiones sanitarias tal como están diseñadas se produce captura del regulador<sup>18,19</sup>. También se ha estudiado la política de farmacia mostrando como la alta discrecionalidad en la toma de decisiones sobre precios favorece la captura del regulador por parte de los intereses regulados<sup>20</sup>. Desde un abordaje más general, se ha considerado el buen gobierno de la sanidad llegando a hacerse recomendaciones muy detalladas para mejorar la situación, casi todas circunscritas a los servicios asistenciales, sin prestar mucha atención a la formulación de políticas o a las políticas de salud pública y sin un análisis detallado de las influencias y los actores relevantes<sup>21,22,23,24</sup>.

Resumiendo, no hay estudios que describan las formas de influencia que los distintos actores ejercen en la política de salud pública en España y sus efectos potenciales. Su investigación puede facilitar en análisis de las políticas de salud y quizá permitir la formulación de algunas recomendaciones para mejorar la independencia de la toma de decisiones en este ámbito.

## **B) Hipótesis y objetivos.**

La pregunta de investigación principal a plantear es la siguiente: ¿se producen en España actuaciones por actores interesados que modifican las políticas de salud bloqueando las políticas saludables o determinando que las políticas que se implanten

sean cercanas a los intereses de los actores de influencia con una menor efectividad potencial?

La hipótesis principal de investigación se puede enunciar de la siguiente forma: los procesos de decisión de políticas públicas de salud en España están sujetos a influencias por actores interesados que determinan un grado de captura de las políticas y de las agencias de salud que es evitable.

Esta hipótesis se concreta en los siguientes objetivos de investigación:

1. Identificar los actores de la administración pública, de la sociedad civil y en particular de las empresas relacionadas con la salud que influyen en la formulación de políticas que afectan a la salud de la población.

2. Explicar cómo se relacionan los diversos actores que influyen en la política relacionadas con la salud.

3. Describir las formas de actuación de los grupos de interés y a través de qué medios, personas o grupos de interés secundarios lo hacen.

4. Analizar el papel jugado por las agencias reguladoras relacionadas con la salud y su inserción en el entramado de influencias que afectan a la política de salud.

5. Proponer formas de interrelación que faciliten el buen gobierno de la salud.

Hablamos de hipótesis principal porque en el campo de la salud pública se ha constatado que las acciones de influencia menos obvias son frecuentes y que progresivamente los actores de interés enfocan sus acciones a lo podría denominarse captura intelectual y que tiene que ver directamente con las cuestiones de establecimiento de la agenda política y la definición de los problemas. Por ello se consideró la oportunidad de diseñar dos estudios complementarios, muy específicos sobre la influencia en el entorno científico. En el Marco Teórico se considera con algún detalle la cuestión, interesa aquí mencionar que se han investigado a nivel global las estrategias que aplican las corporaciones para conseguir que el entorno intelectual sea favorable a sus intereses. Se ha constatado por ejemplo como las corporaciones transnacionales han distorsionado la ciencia, lo que les otorga ventaja al influir en el conocimiento que conforma las evidencias y la formulación de ideas sobre las

cuestiones de interés en salud pública. También se ha descrito el uso de las relaciones públicas y de los medios de comunicación para perfilar a su favor la definición de los problemas y bloquear que ciertas respuestas y soluciones entren en la agenda política. Respecto a la ciencia, hasta ahora se han descrito las tácticas para manipular los resultados de las investigaciones científicas, menos se sabe sobre si usan otras tácticas para influir en el entorno científico.

Desde comienzos de este siglo ha habido cierto entusiasmo por las denominadas colaboraciones público privadas y su aplicación en salud, particularmente en salud global<sup>25,26</sup>, pero también como una estrategia definida de política de salud pública por algunos gobiernos, entre los que destaca el Reino Unido<sup>27</sup>. Algunos autores han sido particularmente críticos cuando estas colaboraciones se usan en promover la salud, entre otros motivos porque no hay pruebas de su efectividad ni seguridad -sería el caso de la colaboración entre una empresa productora de bebidas alcohólicas o agrupación de tales empresas con el gobierno para reducir el consumo de alcoholen menores-<sup>28</sup>. Sin embargo, es llamativo que en la literatura científica se observen con frecuencia editoriales favorables a esta estrategia. Al respecto nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿puede ser que los conflictos de interés o cuestiones relacionadas influyan en la visión positiva en el entorno científico hacia las colaboraciones público privadas en salud. En relación con esta pregunta cabe cuestionarse también si efectivamente hay pruebas científicas que apoyen las colaboraciones público-privadas en promoción de salud dado el grado de apoyo con el que cuentan. En consonancia con estas cuestiones, las hipótesis complementarias son las siguientes: a) la publicación de artículos científicos favorables a las colaboraciones público-privadas en salud se asocia a la presencia de conflictos de interés; b) no hay suficientes pruebas científicas sobre la efectividad las colaboraciones público privadas en la promoción de salud.

Esta dos hipótesis complementarias se concretan en los siguientes objetivos de investigación:

- 1) Describir las diversas opiniones vertidas en las revistas científicas sobre las colaboraciones público-privadas en salud pública y analizar las relaciones entre los autores que emiten opiniones favorables o desfavorables sobre estas colaboraciones con las propias colaboraciones o con la presencia de conflictos de interés.

2) Determinar los resultados en términos de salud o de cumplimiento de los objetivos intermedios de las colaboraciones público privadas en promoción de salud pública recogidos en la literatura científica.

### **C) Metodología.**

La exposición de la metodología se hace secuencialmente. A pesar de que la hipótesis principal y las secundarias están relacionadas, los métodos para ponerlas a prueba son distintos y se exponen por separado. En este apartado se hace una descripción sucinta de la metodología aplicada con el fin de considerar su adecuación al propósito de la investigación. En el Capítulo III en el que se presentan los resultados del estudio principal y de los dos estudios complementarios, se incluye previamente una descripción pormenorizada de la metodología.

Para estudiar las posibles actuaciones por actores interesados dirigidas a modificar las políticas de salud se eligió el método de caso centrado en las influencias en las políticas de salud en España. Hay que considerar que hasta ahora las investigaciones sobre agentes de interés en salud han sido escasas aunque han conseguido describir las características de los actores en algunas políticas de salud concretas y sus actuaciones dentro del marco institucional. Para profundizar en el conocimiento del comportamiento de los actores de interés y su interacción con los poderes públicos nos pareció necesario un abordaje cualitativo que nos ofreciese un cuadro sobre los agentes que ejercen influencia, los flujos de estas influencias, como se ejercen y los posibles efectos en las políticas.

Tal como se detalla en el Marco Teórico y como más arriba se ha considerado, las políticas de salud se han analizado desde diversas aproximaciones teóricas pero con una tendencia a integrar aspectos aportados por varios modelos de examen de las decisiones públicas.

Dentro de las teorías propuestas, en todas ellas se concede un papel más o menos relevante a los actores de interés. Por ejemplo, el modelo incremental asume que todas las decisiones de política pública son coproducidas por una pluralidad de actores. Los efectos del proceso acaban en la inacción o en una decisión que se aparta poco del statu

quo. Desde esta perspectiva, nuestro estudio de caso permite comprobar en qué medida los equilibrios en la decisión de política pública se puede atribuir al contraste adecuado de valores, objetivos y lógicas de acción diferente de los distintos actores o se producen situaciones de preponderancia por el papel privilegiado de algunos actores que podemos considerar que ejercen algún grado de captura en las políticas. Sería el caso de políticas de salud en la que deben ponerse de acuerdo varios departamentos de la administración pública y en el que uno de los actores políticos tiene un grado de captura previo que determina su posición condicionando los acuerdos y predisponiendo al bloqueo de cualquier innovación. Este caso, puede darse en aquellas situaciones en las que un departamento de la administración pública promueve una norma de protección de la salud (por ejemplo restricción de la publicidad de ciertos alimentos dirigida al público infantil) y otro departamento tiende a bloquearla. Ante esta situación las entrevistas a personas responsables o pertenecientes a los grupos de interés implicados pueden aportar información útil que permita el análisis de la posible captura de políticas. Al respecto, cabe recordar que una de las críticas al modelo incremental de Lindblom es que justifica de hecho las actuaciones que frenan la innovación en las organizaciones públicas y privadas, hecho que mediante entrevistas a actores clave puede captarse<sup>29</sup>. Más allá del modelo incremental, si deseamos explicar las transformaciones intencionadas no incrementales y analizar el papel de los actores de interés, el caso de la política de salud en España ofrece situaciones como la Ley 42/2010 de prevención del tabaquismo pasivo que permite examinar el papel de los actores implicados en una transformación que ha sido analizada mediante algunas de las otras teorías sobre decisión de políticas públicas consideradas y en el que las entrevistas a los implicados en la decisión permite describir las influencias, los intentos de captura de políticas y quizá las razones que explican que la coalición promotora de la política tuviese éxito.

El estudio del caso de esta tesis, realizado mediante entrevistas semiestructuradas a personas clave en el proceso de formulación de políticas, se desarrolló en dos fases. En una fase preliminar se examinaron las influencias dentro del gobierno en relación a la decisión sobre la ley de prevención del tabaquismo pasivo. Se optó por esta primera fase por la oportunidad de poder entrevistar a los máximos responsables de la decisión, lo que no ocurre con frecuencia. En este caso, fueron dos entrevistas no estructuradas dirigidas específicamente a constatar las influencias



recibidas y los problemas encontrados durante el proceso de decisión. El resto del trabajo de campo, consistió en 54 entrevistas semiestructuradas dirigidas a trazar un mapa de los actores que ejercen influencia en las políticas de salud. Se incluyeron también políticas no sanitarias pero con efectos relevantes en la salud de la población. Se cuestionó también a los entrevistados sobre las formas de ejercer influencia y sobre su apreciación respecto al carácter de influencia indebida. También se indagó mediante una pregunta concreta sobre si el entrevistado percibía situaciones en las que la restricción de la agenda política, la definición de los problemas u otras cuestiones contribuían a limitar el espacio decisional. Por último se pedía a los interlocutores que hiciesen recomendaciones para la mejora de la calidad del gobierno de la salud.

Las cuestiones prefijadas en el cuestionado usado, permitieron aproximaciones bien diversas al objeto de investigación de acuerdo a las características de los interlocutores. Las cincuenta y cuatro personas entrevistadas provienen de instituciones, organizaciones o grupos estrechamente relacionados con la formulación de las políticas de salud aunque hay mayoría de altos cargos o altos funcionarios de instituciones públicas implicadas en la toma de decisiones por ser las dianas – o intermediarios- clave de las influencias o presiones. Entendamos que el número de entrevistados es suficiente dado que el análisis de los textos mostraba saturación.

Las entrevistas son la única fuente de información empleada, ello supone que la interpretación de los resultados requerirá de otras fuentes, particularmente cuando se trata de responder si efectivamente se produce cierto grado de captura. Por ello, en la discusión de los resultados se considerarán las investigaciones publicadas en nuestro entorno y a la Unión Europea sobre los distintos casos de decisiones de políticas públicas en lo que las influencias de grupos de interés hayan tenido, a juzgar de los autores, efectos de captura de las políticas.

El abordaje de los objetivos complementarios ha seguido una metodología distinta que, al igual que el estudio principal, se describe pormenorizadamente en el Capítulo III. En ambos casos, se ha aplicado la revisión sistemática de la literatura científica para responder adecuadamente al propósito de investigación perseguido. Se revisó la literatura científica para recoger todas las opiniones vertidas sobre las colaboraciones público-privadas y examinar si las posiciones de los autores se

relacionaban con la presencia de conflictos de interés. Al elegir la ciencia como área en la que probar la posible captura intelectual, procede aplicar métodos que permitan una revisión exhaustiva de los documentos publicados. Por ello, empleamos métodos estandarizados en documentación científica. La calidad del análisis de los documentos procuró asegurarse mediante el concurso de otro investigador que realizase un examen independiente estableciendo los resultados finales mediante consenso en las valoraciones en las que se detectó alguna discrepancia.

Por último, el estudio 3, requirió un abordaje metodológico idéntico al estudio 2. Entendimos que era el método adecuado para juzgar si las colaboraciones público-privadas tenían efectos en términos de salud. Podría argumentarse que reducir la investigación únicamente a las evaluaciones publicadas en revistas científicas supone una limitación al excluir aquellas evaluaciones disponibles en literatura gris. Sin embargo, es preciso subrayar que las evaluaciones disponibles e identificables en Internet suelen ser informes realizados por las propias colaboraciones público-privadas que tienden a favorecer esta estrategia. Por ello, hemos preferido circunscribir la muestra buscando un mayor filtro científico a expensas de la exhaustividad. En cualquier caso, este estudio constituye un complemento del estudio 2 y únicamente pretende corroborar las primeras impresiones apuntadas por algunos investigadores sobre la no comprobadas efectividad y seguridad de las colaboraciones público-privadas. En este caso, se contó con dos investigadores que participaron en el análisis independiente de los documentos y la producción de resultados.

#### **D) Desarrollo**

La estructura del documento es la siguiente. El Capítulo II contiene el Marco Teórico de la investigación. Se ha tratado de enmarcar la tesis en la teoría de la formulación e implantación de las políticas públicas recogiendo las especificidades de la política de salud.

Para ello, se han examinado los rasgos fundamentales de las políticas públicas de salud y los actores que influyen en las decisiones públicas de salud. Desde el principio, se advierte que la investigación está enfocada a las políticas de salud pública, es decir, las que procuran obtener ganancias de salud en la población, lo que no excluye que se

haya recogido y analizado información sobre las políticas de servicios asistenciales, las que en términos presupuestarios son de mayor magnitud. El Capítulo II contiene también una revisión de la captura de políticas públicas con una atención particular a las políticas de salud y concluye con un examen de una de las estrategias de captura potencial de políticas de salud, las colaboraciones público-privadas.

El Capítulo III, contiene los resultados de la tesis expuestos secuencialmente en los tres estudios realizados. En primer lugar, se expone el estudio principal basado en el trabajo de campo realizado y posteriormente se presentan los dos estudios complementarios. A fin de facilitar la lectura y dadas las particularidades metodológicas, los resultados de cada uno de los estudios este precedido por un recordatorio de los objetivos y por el detalle de la metodología aplicada. El último capítulo de la tesis recoge la consideración crítica de los resultados observados. Al objeto de facilitar la consulta y debido al hecho de que los dos estudios complementarios son revisiones sistemáticas de la literatura científica, se ha optado por incluir las referencias bibliográficas correspondientes al final de cada capítulo o apartado.

## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

### 1. INTRODUCCIÓN AL MARCO TEÓRICO.

Hace medio siglo (enero de 1964) el Sr. Luther L. Terry, máximo responsable de la salud pública en Estados Unidos, lanzó el primer informe de su comité asesor sobre tabaco y salud<sup>30</sup>. Basado en más de 7.000 artículos que relacionaban el hábito de fumar con la enfermedad, el comité concluía que fumar cigarrillos era causa de cáncer de pulmón en hombres y probablemente en mujeres así como la causa más importante de bronquitis crónica. Aún hoy muchos profesionales de salud pública se preguntan cómo, tras tantos años de aportar evidencias científicas sólidas sobre la gravedad de la relación causal, tras múltiples informes adicionales situando el tabaco como el factor individual responsable de más muertes, tras innumerables iniciativas de grupos organizados de sanitarios y de población, ni las respuestas políticas ni las individuales son suficientes. Los salubristas y en general, los profesionales de la salud tienen dificultades para entender como no hay una mayor relación entre pruebas científicas y decisiones políticas. Hasta hace poco han aceptado de manera incontrovertida que las políticas de salud pública deben estar basadas en la evidencia y tienden a no comprender las razones por las que los políticos y los ciudadanos rechazan en ocasiones la mejor evidencia disponible y prefieren opciones que reflejan otras consideraciones o preocupaciones. Algunos explican que esta expectativa de los sanitarios sobre de las políticas de salud pública respondan al conocimiento científico se debe a las estrechas relaciones de la salud pública con la medicina a su vez influida por los movimientos denominados medicina basada en la evidencia desde los años 90 del pasado siglo<sup>31</sup>. Los salubristas asumirían que, al igual que ocurre en la medicina donde lo esperable es que se apliquen las mejores pruebas científicas a las decisiones clínicas –lo que en realidad ocurre mucho menos de lo esperado-, en políticas de salud pública debería actuarse análogamente. También es frecuente la invocación al uso de las pruebas científicas para guiar las políticas en situaciones de crisis sanitaria. Por ejemplo, en la primavera y verano de 2009 la Organización Mundial de la Salud, de acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional, declaró la gripe A una emergencia de salud pública de importancia internacional. Entre los primeros países europeos afectados estaba España donde, como en el resto del mundo, se produjo cierto nivel de alarma social. En esa situación, la invocación continua de las autoridades que gestionaron el problema a que

sus decisiones estaban basadas en las mejores pruebas científicas disponibles tuvo, como por otra parte está bien descrito en los manuales de salud pública, un efecto calmante en la población y en otros decisores públicos preocupados. Pero en estos casos la apelación a las pruebas científicas, más que para una explicación de la racionalidad de las decisiones, se hace para persuadir a la población de que todo está bajo control. Ello no supone que la evidencia no juegue un papel relevante en las políticas, la prueba de ello podría ser la dedicación que actores interesados han empleado en distorsionar los resultados de la ciencia para impedir ciertas políticas, asunto que se relaciona directamente con los objetivos de esta tesis<sup>32</sup>.

Además de los efectos de la preponderancia médica en la formación de los profesionales de salud pública, otros autores han explicado las expectativas algo ingenuas sobre la relación entre ciencia y política por la escasa relación entre los científicos de salud pública y los de políticas públicas, pues ciertamente hasta hace poco los vínculos han sido escasos<sup>33</sup>, aunque crecientes. Este acercamiento ha propiciado la aparición de trabajos sobre los determinantes políticos de la salud de la población. El estudio de los condicionantes estructurales de los problemas de salud, que se ha intensificado en las dos últimas décadas, ha favorecido un mayor interés desde el campo de la salud por las políticas públicas. El informe dirigido por Michael Marmot y publicado por la Organización Mundial de la Salud sobre los determinantes sociales de la salud culmina muchos de los esfuerzos por entender mejor las causas de los mayores retos de la salud mundiales<sup>34</sup>. Los sanitarios han ido comprobando que muchos de los problemas de salud a los que se enfrentan no responden a causas sencillas constatables en el ámbito individual sino que son problemas sistémicos que reconocen un origen multicausal donde el papel de los gobiernos en todos los niveles es clave. La obesidad y sus consecuencias en términos de salud es un paradigma de problema sistémico sobre el que pueden trazarse sus causas a una amplia gama de políticas que abarcan desde las supranacionales, como son los acuerdos de comercio o las decisiones europeas sobre etiquetado de productos alimenticios, hasta las políticas nacionales sobre publicidad de alimentos o las locales sobre mercados, transporte o planes urbanísticos.

La constatación de que la mejora de la salud de la población puede lograrse más con modificaciones de las políticas públicas que mediante intervenciones individuales ha motivado un interés creciente por los determinantes de las políticas públicas y una

mayor implicación de los salubristas y de sus asociaciones en los debates públicos tratando de influir en las decisiones políticas. De hecho, en los últimos años se ha ido reconociendo que una de las actividades profesionales de los salubristas consiste en la abogacía y defensa de la salud de la población. Ello implica su participación en el ámbito público para propiciar actuaciones que favorezcan la salud del conjunto de la población. La política está pues cada vez más presente en la salud pública y cada vez importa más el proceso de formulación de políticas públicas.

Paralelamente al interés por las políticas públicas como determinante clave de la salud, ha ido creciendo el interés académico por las influencias en las políticas públicas de salud y sobre cómo las cuestiones de buen gobierno afectan tanto a las políticas de salud como a la salud de las poblaciones<sup>35</sup>. Por lo que respecta a las influencias en las políticas públicas de salud, hay una creciente atención al papel que las corporaciones transnacionales juegan en determinar las políticas y la salud de las poblaciones<sup>36</sup>.

Esta tesis tiene por objeto investigar sobre las influencias ejercidas en las políticas públicas de salud a fin de extraer recomendaciones para el buen gobierno de la salud. Por ello, en este Marco Teórico se revisan en primer lugar los fundamentos básicos de las políticas públicas, posteriormente se analizan las políticas sanitarias y sus rasgos fundamentales, los actores y sus redes, la toma de decisiones en este ámbito y, finalmente, la captura de políticas.

## 2. LA FORMULACIÓN E IMPLANTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.

En la nota introductoria a su libro “Decisiones públicas”, escrito con B. Dente<sup>37</sup>, Joan Subirats menciona diversas cuestiones relacionadas con la formulación de las políticas públicas que vale la pena señalar por la relación con la presente investigación. Subirats entiende que es clave asumir el hecho de que cuando hablamos de decisiones públicas consideramos entornos plurales y democráticos lo que supone que no hay soluciones sencillas para situaciones complejas. Según apunta, las situaciones complejas no implican siempre bloqueos decisionales, puro incrementalismo o mediocridad a la hora de afrontar problemas colectivos. Sin embargo, cabe reconocer que en políticas públicas hay algunos problemas en los que es más frecuente el bloqueo decisional porque no se dan las circunstancias para que esos asuntos sean considerados problemas

públicos, es decir, que entren en la agenda política. Esto es particularmente frecuente en las políticas cuyos efectos únicamente son detectables a largo plazo. Hablamos en estos casos de la abstención o inacción como decisión pública. Esta situación es frecuente en políticas de salud pública en las que la inacción no produce efectos inmediatos perceptibles por la población damnificada pero que tienen efectos humanos, sociales y económicos de gran magnitud a medio y largo plazo. Es el caso de las políticas de regulación de la nutrición insalubre o de la prevención del tabaquismo. Políticas de otros sectores y que tienen efectos graves en la salud también comparten esta característica, por ejemplo el control de la contaminación atmosférica mediante políticas urbanas que cambien el modelo de ciudad y de movilidad hacia un modelo saludable y sostenible. La educación y la ciencia son también áreas que comparten con la salud pública el carácter de que sus efectos benéficos no son aparentes a corto plazo.

Por muchos fundamentos técnicos, por mucha prueba científica que haya acumulada, la formulación de políticas públicas es el resultado de múltiples interacciones entre las que la base técnica y científica es una cuestión más a tener en cuenta, pero no decisiva. La toma de decisiones que alteran de forma sustancial la forma en cómo se afrontan los problemas colectivos desde las estructuras político-administrativas es casi siempre difícil. Los motivos de urgencia o ciertas ventanas de oportunidad consiguen que a veces haya excepciones a la dificultad mencionada, pero lo cierto es que suelen ser anecdóticas. Un ejemplo que ilustra una situación excepcional fue la pandemia de gripe más arriba mencionada. Cuando en 2009 se declaró pandemia mundial de gripe, surgieron diversas dificultades de gestión administrativa, una de ellas consistía en que la normativa no tenía prevista la baja laboral para las personas que habían tenido contacto con casos de gripe pandémica y que por tanto debían ser aislados para evitar la transmisión. En condiciones normales, conseguir que la Seguridad Social acepte que la protección de la salud mediante el control de los contactos sea motivo de baja laboral se antoja complejo. En este caso, bastó una conversación telefónica entre el Secretario de Estado de la Seguridad Social, Enrique Granados y el Director General de Salud Pública tras surgir la cuestión en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para que se resolviese en menos de 24 horas mediante Resolución publicada en el BOE<sup>38</sup>. Más allá de casos excepcionales, la ineficiencia decisonal es la norma y las causas son analizadas con detalle por Subirats y Dente<sup>39</sup>. Brevemente, lo que

sugieren estos autores es que las dificultades de las decisiones en políticas públicas son derivadas de causas que son inherentes a las democracias modernas, a los sistemas políticos; en contraposición al denominado enfoque *magronegativo*, que busca las causas de las disfunciones en las características generales del sistema político-administrativo, lo que es habitual en las sociedades actuales con alto grado de diferenciación y de complejidad interna. Recogiendo la idea de Charles, señalan que una sociedad y un sistema político basado en las preferencias y las interacciones entre sujetos tienden a funcionar mejor que una basada estrictamente en el intelecto. Citando a Dunn proponen un enfoque *micropositivo* que busque las circunstancias específicas en las que las cosas funcionan. Se trata de analizar en profundidad los procesos de establecimiento de prioridades y de toma de decisiones para identificar aquellos factores que determinan que las decisiones finalmente se adopten o no<sup>40</sup>.

Las cuestiones relativas a las decisiones de políticas públicas a las que trata de aproximarse esta investigación tienen que ver con las formas en cómo se toman las decisiones políticas relevantes y sobre los agentes que tienen influencia en las decisiones. Al respecto, Subirats y Dente analizan en el capítulo sobre “Entender las decisiones” el conocimiento hasta ahora disponible contrastando los diversos enfoques<sup>41</sup>. Nos recuerdan que ellos no tratan de investigar las decisiones en el ámbito público con el fin de estudiar la distribución del poder político en las sociedades contemporáneas. Sin embargo del contraste de posiciones de diversos autores que describen, interesa destacar que mientras unos asumen que el poder político está bastante distribuido en las democracias modernas en lugar de estar concentrado, otros señalan que no solo importa saber quién influye en las decisiones, también cabe revisar las formas sutiles de actuación como por ejemplo aquellas destinadas a impedir que determinadas cuestiones entren en el proceso decisional. De hecho muchas “no decisiones” son “decisiones de no decidir” en línea con la definición de *policy* que propone Dye: “todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer”<sup>42</sup>.

Otros afirman que el mayor poder consiste en la capacidad de modelar las preferencias de los individuos, de modo que sean inducidos a apoyar elecciones que en realidad van contra sus intereses. Esto último plantea una dificultad difícil de solucionar. Si los sistemas políticos democráticos están gobernados por las preferencias de los ciudadanos asumiendo que responden a los intereses de quienes las expresan, en



el caso de que no sea así, ¿quién interpreta los intereses? En este punto no debemos olvidar que los gobernantes son así mismo ciudadanos que también tienen más o menos moldeadas sus preferencias al igual que el resto de los ciudadanos. Por ejemplo, puede ocurrir que el entorno cultural, intelectual, mediático o como queramos englobarlo todo, tienda a definir las cuestiones de salud como una cuestión individual, en consecuencia las respuestas que se consideren en el ámbito público a los problemas de salud serán también de carácter individual. Volviendo al caso de la obesidad, se tiende a enmarcar el problema como una cuestión que depende de la libre opción de cada individuo sin considerar siquiera si hay o no entornos obesogénicos, cuestión que está sobradamente demostrada aunque no percibida aún en el ámbito público. De hecho ni el ciudadano medio ni su ministro de sanidad tienen esa percepción.

Volviendo a la definición de políticas públicas y a las decisiones en la esfera pública, hay que subrayar una cuestión que tiene relevancia para este trabajo. Me refiero al conjunto de decisiones que se toman en la esfera pública. Hay algunas decisiones que se excluyen de las denominadas decisiones de políticas públicas o decisiones de *policy*. Un caso relevante para este trabajo son las decisiones que implican un nombramiento. Subirats apunta que sólo con una concepción excesivamente laxa sobre los conceptos a utilizar, estas decisiones podrían ser asimiladas a las decisiones de *policy*. Sin cuestionar esta idea, cabe mencionar que los nombramientos de altos cargos orientan en ocasiones sobre políticas aceptables o sobre la intensidad de determinada política –por ejemplo cuando en 2008 el segundo Gobierno del presidente Rodríguez Zapatero sustituye a la Sra. Cristina Narbona por la Sra. Elena Espinosa integrando además Medio Ambiente con Agricultura se entendió que la apuesta por una visión más ecologista había terminado y esta percepción se traslada a las relaciones de poder dentro del nuevo Ministerio-. También cabe señalar la relevancia de los nombramientos en trasladar intereses de un sector a la política pública –por ejemplo cuando la responsable de asuntos científicos y regulatorios de la empresa Coca-Cola España, fue nombrada por el Gobierno como nueva Directora Ejecutiva de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN)<sup>43</sup> -. Por ello, aunque esta investigación no pretende analizar los nombramientos como una decisión de políticas públicas en toda su extensión, sí considera la política de nombramientos en el apartado

de propuestas de solución dada la relevancia que tienen como medio para desarrollar políticas públicas.

Para completar el cuadro general en el que se enmarca este trabajo veamos las características distintivas de la políticas públicas en el mundo contemporáneo de acuerdo a la visión de Subirats y Dente<sup>44</sup>. Actualmente las políticas públicas reúnen una serie de características que son inherentes y por tanto ineludibles, de modo que debe convivirse con ellas.

En primer lugar ha habido una explosión de complejidad decisional tanto en la dimensión vertical por lo que las decisiones implican a varios niveles de gobierno – internacional, nacional, regional, etc.- y en el plano horizontal dado el desarrollo de las relaciones público privadas. Por ejemplo, en las políticas de prevención de exposición a productos químicos potencialmente dañinos para la salud actúan todos los niveles de gobierno –se ha acuñado el término de gobierno multinivel- desde el ayuntamiento que decide motu proprio declararse ciudad libre de un determinado químico, hasta la Unión Europea que emite normas que deben trasponerse a la legislación nacional y que cuenta con agencias técnico científicas, teóricamente independientes, que fundamentan la regulación tales como la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) o la Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas (ECHA). Incluso a un nivel superior en cuanto a rectoría técnica y a veces política está la Organización Mundial de la Salud y su Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer que emite informes sobre la toxicidad de productos químicos. Dentro de un mismo nivel de gobierno la complejidad se extiende, en España por ejemplo las competencias sobre uso de productos químicos se distribuyen según uso y distribución de competencias entre Agricultura, Sanidad y Trabajo, cada una de ellas con sus instituciones técnicas o agencias con posiciones en ocasiones no coincidentes. En el plano horizontal los actores se han extendido, particularmente entre las denominadas Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que tratan de defender intereses generales poco representados. Se añaden las ONG y desde luego los representantes de intereses específicos muy bien delimitados como son las empresas y sus organizaciones en cada nivel de gobierno. Una cuestión que está adquiriendo un papel central para analizar la formulación de políticas a nivel global es la interacción público privada en forma de colaboraciones mediante las que las corporaciones transnacionales han ido adquiriendo un papel cada vez más protagonista

en áreas clave de la política mundial. En el campo de la salud se está convirtiendo en una prioridad al análisis del papel de las corporaciones transnacionales dados los riesgos que supone para la salud de las poblaciones<sup>45</sup>. Un ejemplo que pone de manifiesto la complejidad del espacio de decisiones y el papel de las corporaciones son las políticas sobre el control de químicos por el riesgo que suponen para la salud y del entorno. En el caso concreto de los denominados disruptores endocrinos –sustancias químicas muy extendidas en la sociedad que imitan hormonas naturales y que se han asociados a diversos problemas de salud reproductivos, metabólicos y cáncer-, se pueden constatar la complejidad mencionada en sus dimensiones vertical y horizontal así como el papel clave de las corporaciones y sus influencias en otros actores. Morel detalla cómo diversos actores con un papel preponderante de las industrias químicas están bloqueando las decisiones en la Unión Europea sobre la consideración de los riesgos de estas sustancias<sup>46</sup>. Al mismo tiempo, niveles de gobierno inferiores a la Unión Europea, incluyendo gobiernos locales, desbordan la reglamentación europea adoptando una regulación más estricta de estos productos estimulados por organizaciones civiles. Esta complejidad debe considerarse al analizar las redes de influencia que ejercen los diversos actores.

En segundo lugar las políticas públicas actuales se caracterizan por el aumento de la incertidumbre. Este hecho está relacionado con la complejidad decisional mencionada, pues la decisión a cualquier nivel de gobierno puede ser ineficaz si hay cambios relevantes en un nivel superior. Sería el caso sobre la decisión de un gobierno regional sobre el consumo de bebidas azucaradas en colegios infantiles que podría verse afectado por una directiva europea al respecto o el caso de que un tratado internacional de comercio como el Acuerdo Transatlántico para el Comercio y la Inversión (TTIP por su iniciales en inglés) afectase a la regulación europea o española en seguridad alimentaria. La aceleración de las transformaciones por el proceso de globalización crea incertidumbre en los resultados de las políticas públicas y en las opciones a tomar por su rapidez e imprevisibilidad. Por otra parte cabe señalar que los progresos en el conocimiento han puesto de manifiesto interrelaciones entre fenómenos que antes parecían ajenos. La incertidumbre genera dudas sobre los posibles efectos de una decisión, incluso sobre si serán mayores los resultados negativos, las denominadas externalidades negativas.

En este contexto de incertidumbre es más necesario buscar sinergias en la ejecución de políticas. En el caso de las políticas de salud cabe recordar que la Ley General de Salud Pública recoge el principio que se denomina Salud en Todas las Políticas<sup>47</sup>. Este principio indica que desde la política de salud se debe influir en otras políticas gubernamentales para que éstas, al tiempo que consiguen sus objetivos primarios maximicen los resultados en salud. Sería el caso de una política de regeneración urbana que, si en su diseño incluye ciertas consideraciones, además de lograr sus resultados principales, mejora el nivel de salud de la población afectada<sup>48</sup>. También desde una visión de salud en todas las políticas deben ponerse en evidencia las inacciones señalando las externalidades negativas de diversas situaciones que afectan gravemente a la salud, como es el caso de la contaminación atmosférica<sup>49</sup>. En lo que se refiere al análisis de redes de influencia, cualquier política sujeta a análisis debe considerar como afecta el grado de incertidumbre y sus componentes a las acciones de influencia de los distintos actores.

El aumento de conflictos entre grupos sociales, entre actores políticos y entre ciudadanos y autoridades públicas es la tercera característica distintiva de las políticas públicas contemporáneas. La pérdida de confianza de la ciudadanía hacia los gobernantes, constatada en los países desarrollados, tiene diversos efectos en las políticas públicas y en su análisis. De ellos vale la pena incidir en un aspecto poco tratado, me refiero a los efectos que la pérdida de confianza en la autoridad tiene para la configuración de políticas públicas en las que la confianza es imprescindible. En las políticas que tienen que ver con la gestión de riesgos para las personas y sus bienes, la confianza en las autoridades o la disponibilidad de instituciones sólidas suele ser una garantía de buen gobierno. Al respecto, el papel de las agencias técnicas y de las reguladoras es clave tal como se ha descrito recientemente poniendo el énfasis en las políticas económicas, aunque también señalando el papel clave de las agencias independientes en cuestiones de salud<sup>50</sup>. Es por tanto oportuno examinar el papel de las agencias, su grado de independencia y en qué medida las influencias externas afectan a su función.

En el proceso de la toma de decisiones de política pública, las interacciones entre los distintos actores determinan los resultados. El análisis de los actores, su entramado de interacción, sus objetivos y recursos están bien detallados por Subirats y

Dente<sup>51</sup>. Comento aquí algunas cuestiones relativas a los actores en decisiones públicas que pueden ser útiles para el presente trabajo. Los actores son aquellos que actúan, lo que no excluye la inacción aunque ésta puede ser en ocasiones atribuible a la simple ignorancia del hecho sobre el que hay un proceso potencial de toma de decisión, a la ausencia de preferencias al respecto, a la percepción de irrelevancia de la intervención o del hecho en sí, etc. Esta precisión es necesaria pues hay efectivamente en políticas públicas promotores potenciales de decisiones que desconocen o no otorgan calidad de asunto de decisión a una cuestión o problema que otros consideran prioritario. Por ejemplo, se ha observado que un ministro de un gobierno no era consciente de la existencia de desigualdades sociales en salud graves pues asumía que la disponibilidad de un servicio nacional de salud accesible y gratuito es suficiente garantía de igualdad ante la salud, obviando que las condiciones de vida desde antes del nacimiento y el entorno social dejan marcas indelebiles en la salud de las personas a lo largo de su curso vital que pueden explicar diferencias en expectativa de vida de 7 años entre barrios de la ciudad de Madrid<sup>52</sup>. Es cierto que en los últimos 10 años, la crisis social y las investigaciones sobre la cuestión han ido consiguiendo que paulatinamente se vaya incluyendo la cuestión de las desigualdades sociales en salud en la agenda pública.

Se describen los siguientes tipos de actores en decisiones de políticas públicas: políticos, burocráticos, intereses especiales, intereses generales y expertos. Los actores que defienden intereses generales tienen relevancia porque actúan como factor de contrapeso al hecho de que las políticas públicas se influyen preferentemente por intereses políticos y económicos inmediatos dada la falta de incentivos a las decisiones políticas que defienden intereses poco representados o que no pueden estar representados (generaciones futuras por ejemplo). Se ha señalado que la democracia de baja calidad está insuficientemente protegida frente a problemas diversos entre los que se encuentran el cortoplacismo<sup>53</sup>. Por ello, cuestiones como el cambio climático, la contaminación atmosférica o la prevención de problemas de salud distantes en el tiempo, tienen dificultades para encontrar promotores políticos que defiendan políticas con ellos relacionadas. De ahí la importancia de las organizaciones sociales que sin embargo tienen muchos menos recursos que otros actores. Es de interés señalar la aparición de grupos sociales de vigilancia que actúan llamando la atención sobre la captura de las políticas públicas por intereses específicos, generalmente por

corporaciones transnacionales. Un ejemplo de este tipo de organismos de vigilancia es el Observatorio Europeo de las Corporaciones (<http://corporateeurope.org/>) que pone en evidencia y vigila las actividades de lobby en la Unión Europea. La aparición de estos organismos de la sociedad civil podrían ser un signo de vitalidad democrática sino indicase al mismo tiempo que las instituciones públicas no se han dotado de suficientes mecanismos de control y es la sociedad civil la que tiene que asumir ciertas funciones de buen gobierno para evitar o paliar la captura institucional por parte de las corporaciones transnacionales. En cualquier caso, el análisis de los informes de estos grupos es de interés para contextualizar y cotejar datos sobre acciones de influencia en políticas públicas.

Los expertos son una categoría de actores que en teoría aportan una lógica de acción muy precisa, basada en el conocimiento y en los fundamentos científicos. Se reconoce que la discrepancia entre expertos del mismo sector puede desvalorizar su papel y que las formas de afrontar los mismos problemas por diversas disciplinas son distintas. Se ha prestado menos atención a la independencia de la ciencia y a que es una diana de influencias que tratan de distorsionar su papel. Los informes que muestran las influencias negativas en la veracidad de la ciencia promovida por intereses comerciales nos alertan de que la pugna por dominar los recursos cognitivos y los expertos requiere una atención destacada<sup>3,54</sup>. Si se domina la ciencia y se captura a los expertos se juega un papel decisivo en determinar qué información científica se difunde y cómo se enmarcan los problemas públicos en teoría. La ausencia de recursos económicos por algunos actores se suple con la capacidad de comunicación basada en datos fiables cuando los hay.

Hay otros aspectos de la formulación de las políticas públicas que merecen atención. Para este trabajo son relevantes los cambios en la configuración de la agenda y en la definición de los problemas<sup>55</sup>. Los problemas se vuelven públicos si entran en la agenda política y esto sucede cuando una demanda social o de determinados grupos sociales da lugar a un debate público que genera cierto grado de conflicto entre grupos sociales organizados y las autoridades políticas. La pugna por impulsar algunos temas o bloquear otros afecta al contexto cognitivo de las decisiones, en particular al estado de la opinión pública y a la notoriedad de los temas en el espacio público. En este terreno resalta la importancia del fenómeno antes citado de la generación del conocimiento,

pero más aún la capacidad de difusión. La capacidad para distribuir mensajes y presentarlos en el formato adecuado califica la potencialidad de un actor más allá de su fuerza en recursos de otro tipo. Los cambios en las tecnologías de información ha condicionado el crecimiento de actores que influyen en las decisiones y en su capacidad para actuar más allá de los canales habitualmente establecidos de participación política. Es este contexto, el papel de los medios de comunicación clásicos se ha diluido aunque mantienen su influencia y merecen atención cuando se investiga sobre las influencias en política.

La investigación en periodismo presta atención al establecimiento de agenda de los medios y al denominado *framing*<sup>56</sup>. El establecimiento de agenda se define como el proceso por el que los medios de comunicación masiva presentan ciertos asuntos de forma frecuente y prominente con el resultado de que amplios sectores del público llegan a considerarlos más importantes que otros. Respecto al *framing* o formato en que se enmarcan los asuntos, se define como la forma en la que los eventos o asuntos se organizan y se les da sentido, es decir, se seleccionan algunos aspectos de la realidad y se destacan para promover una determinada definición del problema, una interpretación causal, una evaluación moral y una recomendación de solución determinada. Los medios y los actores que puedan influir en el establecimiento de agenda mediática y el *framing* influyen en el contexto cognitivo, no sólo dando relevancia a unos problemas y silenciando otros sino definiendo el problema en sí de forma que se anticipa un tipo de solución. El hecho de que la cuestión energética esté prácticamente ausente de los medios de comunicación de masas en España o que no se considere el gasto militar merece un análisis que posiblemente puede tener relación con las decisiones del establecimiento de agenda por parte de esos medios y con quien contribuye a esa decisión. Ya antes se ha mencionado un asunto relacionado con la definición de los problemas al señalar cómo la obesidad es presentada habitualmente como un asunto de libre opción individual mientras que está casi ausente del espacio público una visión más acrisolada científicamente sobre el papel fundamental que juegan los entornos obesogénicos. En resumen, no hay duda de que asistimos a una evolución rápida de los medios de comunicación y sus interacciones con otros actores en el contexto decisional deben ser objeto de atención en cualquier investigación sobre influencias.

Hecha esta breve consideración sobre la formulación de las políticas públicas, veamos a continuación los rasgos principales de las políticas públicas de salud y los actores prominentes en estas políticas que es el marco concreto en el que se desarrolla la investigación

### 3. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD.

#### **A) Políticas públicas de salud y sus rasgos fundamentales.**

Al centrarse en las políticas de salud cabe precisar el alcance de éstas pues comúnmente se relacionan estas políticas con las destinadas exclusivamente a la provisión de los servicios asistenciales sanitarios. Se ha desconsiderado con excesiva frecuencia un enfoque de la política de salud que está orientado a garantizar las condiciones en las que las personas pueden mantener y mejorar su salud, es decir a actuaciones, muchas de ellas no sanitarias, cuya meta es precisamente que la necesidad de servicios asistenciales sanitarios sea la mínima posible porque la población goza de buen estado de salud. Así se indica en la propia Ley General de Salud Pública en cuyo preámbulo se escribe: “Los servicios sanitarios resultan imprescindibles para dar respuesta a los problemas de salud de la colectividad, pues consiguen atenuar los perjuicios de las enfermedades y permiten que se pueda recobrar la salud perdida y mejorar la calidad de vida de las personas enfermas. Pero no es el dispositivo asistencial el principal condicionante de nuestro nivel de salud, la salud se gana y se pierde en otros terrenos: antes del nacimiento pueden producirse exposiciones a distintos factores que de forma indeleble determinen la salud futura, y desde el nacimiento hasta la muerte se van acumulando experiencias vitales positivas o negativas que perfilan la salud. El entorno familiar, la educación, los bienes materiales, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de las ciudades y barrios, la calidad del aire que se respira, del agua que se bebe, de los alimentos que se comen, los animales con los que convivimos, el ejercicio físico que se realiza, el entorno social y medioambiental de las personas, todo ello determina la salud. Las acciones de gobierno, a cualquier nivel, las intervenciones públicas o privadas, tienen en mayor o menor grado repercusiones sobre la salud. De ahí que el enfoque de la salud



pública actual se dirige a conformar acciones que rebasan el ámbito de los servicios sanitarios y por tanto requieren nuevas formas de organización”<sup>57</sup>.

De todas formas cabe aceptar que hoy por hoy pocos países, más allá de los nórdicos y algunos otros, desarrollan este tipo de políticas integrales. En España son casi inéditas si exceptuamos la ley mencionada, otras leyes autonómicas similares y algunas iniciativas locales. Para ayudar a clarificar a qué nos referimos cuando hablamos de políticas de salud, se han descrito tres áreas de acción política en salud que pueden resumirse brevemente en:<sup>58</sup>

1) las políticas relacionadas con el diseño, desarrollo y gestión de los servicios de carácter asistencial dentro del Sistema Nacional de Salud que se ocupan predominantemente de atender y cuidar a las personas que demandan ayuda por enfermedades;

2) las políticas propias de salud pública que proveen los servicios de salud pública dentro del Sistema Nacional de Salud encargados de regular y desarrollar la protección de la salud (garantizar la salubridad del agua y los alimentos, detectar y controlar riesgos ambientales y laborales para la salud, etc.), la promoción de la salud (colaborar con los municipios para que sus políticas sean saludables, promocionar la alimentación saludable en las escuelas, diseñar y participar en políticas transversales para reducir las desigualdades sociales en salud, etc.) y la prevención de enfermedades (acciones de vacunación, detección precoz de cáncer, etc.); y,

3) las actuaciones no sanitarias que tienen efectos en la salud y en especial aquellas que, alcanzando sus objetivos primarios, condicionan al mismo tiempo un entorno en el que se maximizan los resultados en salud (políticas de movilidad diseñadas de forma que se reduce la contaminación y facilita el desplazamiento no motorizado, políticas económicas que priman la economía verde reduciendo el impacto ambiental que resulta en perjuicios para la salud humana, políticas sobre las sustancias químicas que causan parte relevante de la carga de enfermedad que soporta la población, políticas sociales y educativas precoces que proporcionan oportunidades saludables desde el comienzo de la vida, etc.).

De estos tres ámbitos de actuación el más conocido es el puramente sanitario que es además el que recibe más atención por parte de las administraciones públicas, mientras que las acciones clásicas de salud pública suelen representar apenas el 2% de toda la inversión en salud, pese a la retórica de la importancia de prevenir y promocionar la salud.<sup>59</sup> El tercer ámbito es el menos desarrollado pese a que tiene mayor potencial de ganancia en salud. Por ejemplo, se ha estimado que el cumplimiento del estándar propuesto por la Organización Mundial de la Salud, por lo que se refiere a la contaminación atmosférica en Barcelona tendría grandes beneficios en salud. En concreto, reduciría en un año 3.500 muertes prematuras (aproximadamente un 12% del total de muertes entre personas mayores de 30 años), 1.800 ingresos hospitalarios por causas cardiorrespiratorias, 5.100 casos menos de bronquitis crónicas en adultos, 31.100 casos menos de bronquitis agudas en niños y 54.000 crisis asmáticas menos en niños y adultos.<sup>60</sup> A estos beneficios en salud se añaden otras externalidades sociales y económicas favorables. En una ciudad como Madrid, dado el grado de contaminación y diseño urbano, una intervención similar tendría beneficios de mayor magnitud. Es decir, hay políticas en sectores no sanitarios que tienen enormes efectos benéficos en términos de salud, sociales y económicos.

El diverso grado de implantación de estas tres aproximaciones a los problemas de salud no es fortuito pues hay causas que explican las trabas que encuentran a su implantación las políticas de salud pública y las políticas no sanitarias que tiene efectos en salud (las denominaremos a ambas políticas de salud no asistenciales), mientras que la asistencia sanitaria tiende a un incremento continuo apoyado por diversos factores. Sin entrar aún en la descripción de los actores y las formas de influencia en políticas de salud que en parte explican la situación mencionada, cabe considerar algunas de las visiones procedentes del campo de la salud sobre las dificultades que tienen las políticas de salud no asistenciales para abrirse paso. Hemingway explica la falta de inversión en salud pública por cuatro razones<sup>61</sup>. Primero porque los beneficios de la salud pública se alcanzan en el futuro mientras que sus costes son presentes, este mecanismo funciona tanto a nivel individual como colectivo y ocurre en todas las acciones sanitarias. Por ejemplo, recibe más atención social, mediática y política la ayuda de emergencia ante una crisis sanitaria que la atención prestada a las causas subyacentes que impiden las crisis en el futuro. En políticas en general, aquellas que obtienen beneficios a futuro

suelen tener dificultades, es el caso de las políticas de investigación, educación o medioambiente tal como se ha apuntado en el apartado anterior. Segundo, los beneficiarios de la salud pública son generalmente desconocidos y las ganancias en salud colectiva, aunque sean considerables, son inidentificables y en cambio sí es identificable el producto de la asistencia sanitaria individual. Tercero, los benefactores son con frecuencia desconocidos, aunque los mayores avances del siglo pasado en salud son atribuibles a medidas básicas de salud pública (saneamiento, agua y alimentos suficientes, seguros y de calidad, educación, vacunas, etc.) no hay una reconocimiento público de la salud pública, la población en general no sabe qué es y qué hace la salud pública, se asocia usualmente a la actividad puramente sanitaria. Mientras muchos puedan haber oído el nombre Christiaan Barnard, pocos o nadie habrán oído el de Maurice Hilleman, investigador que desarrolló más de 30 vacunas y que salvó más vidas que ningún otro científico en el siglo XX. Tampoco en los debates políticos se valoran a largo plazo leyes absolutamente benéficas en la salud y bienestar de las poblaciones como las de prevención de tabaquismo. Cuarto, muchas de las iniciativas de la salud pública requieren cambios sociales que se enfrentan a las inercias o preferencias por el estado actual de las cosas –“sesgo del status quo”- y sobre todo a los costes que impone a intereses poderosos. Entre los oponentes a muchas políticas de salud pública se encuentran las industrias de tabaco, alcohol, automóvil, químicas, armas y alimentarias. Por su parte los recursos hacia la asistencia sanitaria crecen apoyados por las industrias farmacéuticas, las de dispositivos médicos o por las empresas de seguros sanitarios. Otros autores, señalan que parte de las dificultades para la implantación de las políticas de salud no asistenciales viene del escaso interés de los académicos en aportar las claves sobre cómo debe transformarse el conocimiento de la salud pública en acción. En concreto, Breton *et al.*, tras revisar los artículos científicos disponibles sobre investigación en políticas de promoción de salud, señalan que la mayor parte de la investigación no se basa en concepciones teóricas válidas sobre el contenido, proceso, análisis y formulación de políticas<sup>62</sup>. Por ello se ha recomendado un mayor acercamiento a la ciencia política, tal como más arriba se ha apuntado, para entender por una parte que las políticas son un condicionante de la salud de la población y por otro para conocer mejor cuales son las causas que perfilan las distintas políticas públicas que se implantan<sup>63</sup>.

En España las políticas de salud se implantan por iniciativa de distintas administraciones de acuerdo a la distribución de competencias establecido normativamente. Por otra parte son de aplicación los convenios internacionales firmados por España cuya aplicación tiene efectos en la salud de la población. El más relevante es la Declaración Universal de Derechos Humanos que en su artículo 25 establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y la asistencia médica<sup>64</sup>. También cabe destacar la primera ley de salud pública mundial, el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la salud que es el tratado más ampliamente aceptado en la historia de las Naciones Unidas<sup>65</sup>. Este tratado incluye varias disposiciones para reducir la demanda y la oferta de tabaco en todos los países firmantes y que han ratificado el tratado, entre ellos la Unión Europea.

Al considerar las competencias en políticas de salud no hay que olvidar que la Unión Europea adopta decisiones que influyen en la salud de los españoles. La Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria de la Unión Europea tiene competencias en sistemas sanitarios, en salud pública y en cadena alimentaria. Varias agencias relevantes tales como la Agencia Europea del Medicamento, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades dependen de esta dirección. Algunas de estas agencias tienen capacidad reguladora, por ejemplo la aprobación de fármacos o la prohibición de sustancias químicas en los alimentos y por tanto sus actuaciones son clave para la salud de los europeos. Las decisiones que se toman en estos niveles, fruto de una compleja interacción entre la Comisión, los países y sus representantes así como agentes o grupos de interés, perfilan políticas de gran calado. Afectan también a la salud las decisiones que se adoptan en otras áreas de gobierno de la Unión Europea y otras agencias europeas reguladoras como por ejemplo la Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas que decide sobre los químicos aptos para comercialización y sus aplicaciones. Pensemos que un tercio de la frecuencia de cáncer en Europa es atribuible a sustancias químicas y en consecuencia la importancia de la restricción por motivos de salud pública de determinadas sustancias químicas.<sup>66</sup>

En España las competencias en política de asistencia sanitaria y de salud pública están distribuidas entre el gobierno central y las comunidades autónomas. A nivel local

hay algunas competencias aunque menores si exceptuamos las grandes ciudades y las competencias de saneamiento de las Diputaciones Provinciales. El gobierno central sólo tiene competencias en asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla, el resto es competencia de las comunidades autónomas. Los servicios y programas de salud pública están transferidos a las comunidades autónomas y a las ciudades de Ceuta y Melilla. Sin embargo, el gobierno central debe, en teoría, aplicar la función de rectoría (legislación básica adecuada, coordinación, alta inspección, información transparente y normas técnicas oportunas) y ejerce las competencias en farmacia –aprobación de medicamentos en el marco de la Unión Europea y la fijación de precios-, sanidad exterior y otras de menor relevancia. Aparte de la función rectora en políticas asistenciales y de salud pública, el gobierno central influye en la salud de la población por medio de políticas en otros ámbitos, desde las políticas sociales a las energéticas. De igual forma, un municipio puede influir en la salud de los residentes mediante políticas sociales.

La distribución de competencias sintéticamente descrita no impide que una administración de menor nivel no pueda formular políticas innovadoras o distintas a las del resto de administraciones a su mismo nivel. Por ejemplo, algunos países de la Unión Europea se han adelantado a prohibir algunas sustancias químicas a pesar de informes contrarios de las agencias reguladoras europeas. En España, es posible que municipios y comunidades adopten políticas, incluso legislativas, más intensas que las estatales o europeas. Nada impide a una comunidad autónoma ser más estricta en la legislación para prevenir la exposición al tabaco, sin embargo, lo habitual en estos casos es usar el nivel competencial como coartada para la inacción. Por ello se echa en falta una adecuada función de rectoría como la antes mencionada que aúne las ventajas de imprimir direccionalidad a la política de salud para garantizar, entre otros, la equidad y para aprovechar la competencia enriquecedora de las comunidades autónomas en formular e implantar las mejores políticas. El hecho es que se percibe la carencia de un gobierno del Sistema Nacional de Salud en su conjunto ya que el Consejo Interterritorial no tiene una estructura adecuada para esta función independientemente de que parece no haber voluntad de establecer objetivos comunes a la política de salud. Más allá de la cuestión organizativa que sin duda es relevante, la ausencia de los asuntos relativos al buen gobierno ha sido llamativa en el sector salud. Cuestiones clave del buen gobierno

como transparencia, responsabilidad, participación, calidad regulatoria o integridad raramente han estado en la agenda de la política de salud. Si bien, al entrar el discurso sobre buen gobierno con más ímpetu en la agenda política desde la crisis iniciada en 2008, van siendo mencionadas con más frecuencia al deliberar sobre la formulación e implementación de políticas de salud. Autores de referencia al respecto son Ortún y Meneu<sup>67,68,69</sup>. Hay además propuestas de gran valor como por ejemplo las aportaciones de la Sociedad Española de Salud Pública y Gestión Sanitaria y las sociedades científicas a ella vinculadas, las de la Organización Médica Colegial, las recomendaciones para el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca y la reciente propuesta de José Ramón Repullo<sup>70,71,72,73,74,75</sup>. Sin embargo, estas propuestas inciden sobre todo en el buen gobierno de los servicios sanitarios y prestan menos atención a las cuestiones de formulación de políticas de salud. Aparte de las propuestas mencionadas, son infrecuentes las investigaciones específicas sobre buen gobierno de salud iniciadas en el campo sanitario en España si bien tampoco puede afirmarse que son habituales en otros ámbitos geográficos. A fin de revisar las influencias que perfilan las políticas de salud revisamos a continuación los actores principales de la formulación de políticas sanitarias y sus redes.

## **B) Los actores y sus redes en políticas de salud.**

En 2014, Transparencia Internacional España publicó un informe sobre el lobby en España con recomendaciones y propuestas para mejorar el buen gobierno en lo relativo a estas actividades<sup>76</sup>. En el capítulo sobre tipología de riesgos, se exponen con cierto detalle los actores que participan en la formulación de las políticas de salud y sus estrategias de influencia. Como actores principales se citan los siguientes: el propio sector público, la industria de bienes y servicios relacionados con la salud, las organizaciones de la sociedad civil, entre ellos las sociedades científicas sanitarias y las organizaciones profesionales, los mismos profesionales y los medios de comunicación.

La administración pública es el actor fundamental pues es el que tiene la responsabilidad principal de la formulación o en la omisión de políticas. En el nivel estatal, que es el objeto preferente de esta tesis, hay un abanico de decisiones de políticas o de inacciones de especial relevancia para la salud. Ya en el apartado de

políticas públicas se apuntó el impacto potencial que tiene en la salud pública la inacción política. La toma de decisiones viene determinada por las acciones del departamento que tiene la competencia en el seno del gobierno en perfilar las políticas de salud de acuerdo a su visión de interés general y de acuerdo a las preferencias marcadas en los programas electorales que no siempre son demasiado explícitos. Más allá del departamento responsable de salud, hay otros departamentos que adoptan políticas que afectan a la salud y en las que el departamento de salud procura influir para defender la salud o para que ésta sea al menos tenida en cuenta al formular la política. Por otra parte, otros ministerios influyen en el de salud tratando de modificar políticas que afectan a su sector y a su propia visión del interés general. De ahí que al estudiar las influencias en las políticas que afectan la salud deban considerarse los distintos intereses que en cada caso concurren, con frecuencia antagónicos. Por ejemplo, una política de prevención de tabaquismo encuentra aliados en el sector de la salud de la administración pero puede que los departamentos de agricultura y hacienda muestren oposición, independientemente de las influencias externas que todos reciban. Igualmente una política agrícola que estimule la producción extensiva con un uso alto de productos químicos o de semillas transgénicas podrá ser apoyada por agricultura, y quizá economía, en diversos niveles administrativos, pero enfrentarse a las visiones de medioambiente, trabajo y salud que buscan reducir la exposición de los trabajadores y la población a productos tóxicos y a la alteración del entorno. Cuando entran en juego otros actores pueden formarse coaliciones de interés en las que el sector público y la sociedad están simultáneamente en ambos lados con intereses encontrados. Las divergencias pueden responder a visiones legítimas sobre el interés general y a la interpretación de la voluntad política derivada de la participación democrática, aunque también pueden deberse a diversos grados de captura de gobierno por intereses ajenos al interés general. En este sentido, la identificación entre algún área de la administración pública y los operadores económicos que regula puede ser tal que la influencia ejercida por esa administración pública sobre otros sectores de gobierno se asemeja al lobby en representación de los operadores privados.

Dentro de la administración pública merecen destacarse las agencias técnico-científicas, algunas de ellas reguladoras. En la Unión Europea hay un entramado de

agencias amplio, algunas de ellas directamente relacionadas con la salud y otras indirectamente. Se clasifican de la siguiente forma<sup>77</sup>:

1. Las agencias descentralizadas. Desempeñan tareas técnicas, científicas o de gestión que ayudan a las instituciones de la UE a desarrollar y aplicar sus políticas. Se establecen por un período indeterminado y están ubicadas por toda la UE.

2. Las agencias ejecutivas. Ayudan a la Comisión Europea a gestionar los programas de la UE. Se crean por un período determinado y deben tener su sede en el mismo lugar que la Comisión (en Bruselas o en Luxemburgo).

3. Las agencias de la Comunidad Europea de la Energía Atómica (Euratom). Se crearon para coordinar los programas nacionales de investigación nuclear con fines pacíficos; para proporcionar conocimientos, infraestructuras y financiación para la energía nuclear; y para garantizar un suministro suficiente y seguro de energía atómica.

4. El Instituto Europeo de Innovación y Tecnología (EIT). Es un organismo independiente de la UE que tiene por objeto promover la capacidad de la UE para desarrollar nuevas tecnologías mediante la agrupación de sus mejores recursos científicos, empresariales y educativos. Tiene su sede en Hungría.

Las de más interés para este trabajo, son las descentralizadas, entre las que se encuentran la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), la Agencia Europea de Sustancias y Preparados Químicos (ECHA), el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). De las nombradas, las agencias que suelen ser más citadas en la literatura científica por ser diana de influencias y por su capacidad de adoptar medidas de gran impacto en la economía privada son las de seguridad alimentaria y la del medicamento. Igualmente en España, las mismas agencias relacionadas con la alimentación y con los fármacos y productos sanitarios han sido las que han recibido más atención desde la investigación sobre políticas de salud.

Al considerar el sector público, cabe señalar los actores de la vertiente política que intervienen en la formulación de las políticas de salud. Además de todas las



administraciones con sus responsables, hay que nombrar a los partidos políticos y a los parlamentos. Aunque la salud no sea un de los temas más frecuentemente tratados en el Parlamento español, sí está entre los de mediano interés y en el que la presencia de grupos de interés es significativa<sup>78</sup>. En España la capacidad de que los grupos de interés participen está filtrada por los partidos políticos que deciden quien acude a las comparecencias. Además de las comparecencias regladas, hay conexiones frecuentes pero menos explícitas entre parlamentarios y actores diversos. De ahí que sea necesario prestar atención a las relaciones entre grupos de interés con el Parlamento y con los partidos políticos cuando se examinan las influencias en política de salud.

Un actor clave en políticas de salud son las compañías farmacéuticas, las de tecnologías sanitarias y, últimamente, las de provisión de servicios sanitarios, tanto individualmente como a través de sus organizaciones. Se pondría pensar que su influencia sólo afecta a las políticas relacionadas con la asistencia sanitaria y que estos actores no afectarían a las políticas de salud no asistenciales. Ciertamente que muchas de sus influencias van dirigidas a los procesos de aprobación de medicamentos, fijación de precios o prestaciones sanitarias financiadas públicamente; sin embargo, su influencia repercute en todo el ámbito público de la salud pues la concepción pública de los problemas de salud determina el tipo de respuesta social. Estos actores procuran una concepción de la salud claramente biomédica en la que la salud depende sobre todo de los éxitos de la medicina moderna. La idea subyacente es la de que cuanto más medicina mejor, cuanto más se usen los servicios sanitarios más salud. Las principales revistas médicas hace ya años que alertan sobre los riesgos del exceso de medicalización e incluso han desarrollado secciones para facilitar la formación de los profesionales de la salud contra estos excesos<sup>79,80</sup>. En nuestro entorno se han publicado libros de divulgación sobre los riesgos para la salud de la medicalización de la sociedad<sup>81,82</sup>. Pero estas iniciativas son aún leves movimientos frente a una inercia de enorme magnitud que ha conseguido una percepción pública generalizada de la necesidad de confiar nuestra salud a los servicios sanitarios y más en particular a los médicos. Más allá de las influencias de tipo general en el contexto de las decisiones públicas, la industria farmacéutica ha sido estudiada en España en sus relaciones institucionales y con otros actores. En concreto, Chaqués describe las relaciones de poder en torno a la política farmacéutica y su importancia para explicar cambios en esa política, revisa así mismo

los cambios institucionales, que han sido de calado por la creación de las agencias reguladoras nacionales y europea y, por último, explica como en este sector se ha forjado una red más abierta y plural, en la que los expertos tienen mayor peso en la toma de decisiones<sup>83</sup>. No hay sin embargo, mucha información sobre las acciones de influencia concreta y sobre los canales usados.

Además de las industrias que producen bienes o servicios para la asistencia sanitaria, unos actores clave en las políticas de salud no asistenciales son las compañías cuyos productos están relacionados directa o indirectamente con la salud. Entre ellas sobresalen las tabaquerías, la industria alimentaria y de bebidas azucaradas y los productores de bebidas alcohólicas. Su acción se centra tanto en facilitar la comercialización de productos que han sido señalados por sus efectos negativos en la salud de las poblaciones como de productos sobre los que postulan cualidades saludables y a los que en ocasiones se les añade marchamo de beneficioso para la salud. Desde la perspectiva de la salud pública se ha puesto de manifiesto los riesgos que supone para la salud de la población mundial la actividad de las corporaciones transnacionales de tabaco, alcohol y alimentos. Se ha descrito así mismo cómo los intentos de auto regulación o de colaboración pública privada no han sido efectivos<sup>84</sup>.

Sobre la política preventiva del tabaquismo y los actores hay una extensísima literatura científica y de divulgación que recoge con detalle las actividades desarrolladas por la industria tabaquera desde el primer momento que vieron amenazado su negocio por las pruebas científicas que demostraban el efecto deletéreo del tabaco en la salud. Su trayectoria está sembrada de falta de ética en la que han contado con numerosos actores interpuestos. En España se ha hecho un análisis detallado de la historia del tabaco y de los innumerables actores que han participado en la configuración de políticas describiendo las relaciones entre ellos<sup>85</sup>. Entre los actores, además de la industria del tabaco, está todo el abanico de la administración pública, innumerables actores de la sociedad civil y personajes públicos de la cultura. Lo que ahora preocupa en salud pública es la impresión cada vez más verosímil de que las industrias de alimentación y bebidas están adoptando las mismas estrategias que ha aplicado hasta ahora la industria del tabaco<sup>86</sup>.

El caso de las industrias alimentarias se ha analizado en España desde la óptica de la dinámica política relacionada con las cuestiones de seguridad alimentaria describiendo las transformaciones observadas en términos de institucionalización y cambios en las relaciones de los actores concernidos. Se destaca la creación de un funcionamiento de la red de actores más abierta y transparente. Estos cambios fueron facilitados por ventanas de oportunidad política al producirse crisis graves de seguridad de los alimentos que desembocaron en una acción en la Unión Europea con influencia decisiva en la política interna<sup>87</sup>. Wiist describió un cuaderno de estrategias corporativas, en el que reunía las diversas acciones que usan las corporaciones transnacionales de alimentos y bebidas para influir en las políticas públicas<sup>88</sup>. En España no hay mucha información sobre la aplicación de estas acciones de influencia en este ámbito de la política de nutrición aunque sí se ha descrito en la literatura científica un caso llamativo antes citado de puertas giratorias en la dirección de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición que fue analizado en detalle en el informe “Una evaluación del lobby en España: Análisis y propuestas”<sup>89,90</sup>.

En el caso de los productores de bebidas alcohólicas, se han descrito a nivel internacional sus estrategias para aumentar el consumo y para evitar la regulación forjando alianzas adecuadas a cada contexto<sup>91</sup>. Villalví *et al.* han descrito algunas de las acciones llevadas a cabo en España por los productores de bebidas alcohólicas para bloquear políticas de prevención del alcoholismo y se ha trazado una relación de actores que están a favor y en contra de las políticas preventivas<sup>92</sup>. Entre los actores que apoyan las políticas preventivas se cuentan algunos responsables de las administraciones (de la Sanidad y de Interior), diversos profesionales y asociaciones sanitarias; organizaciones de consumidores, organizaciones de padres y madres de alumnos y asociaciones de víctimas del alcohol y sus familiares. En contra de las políticas preventivas se encuentran además de las organizaciones de bodegueros y agricultores, las organizaciones patronales generales y específicas en las que están encuadrados, la patronal de la publicidad, los gremios de hostelería y sectores de la administración como el Ministerio de Agricultura y algunos gobiernos autónomos. Una forma de ampliar la red de actuación de los actores contrarios a las políticas preventivas ha sido la creación de organizaciones paralelas que adoptan forma de centros de investigación e incluso de entidades dirigidas a la prevención. Esta descripción de

Villaví *et al.* avanza algunas de las características de las redes de influencia en políticas relacionadas con la salud y apunta algunas líneas de influencia.

Hay otros actores empresariales en política de salud. Por ejemplo cuando se desea adoptar decisiones sobre movilidad restringiendo la velocidad del tráfico en un área metropolitana, es habitual comprobar la rápida configuración de una coalición contraria a la medida integrada por industrias relacionadas con el tráfico motorizado, asociaciones de conductores, industrias energéticas, etc. Estas medidas de restricción de la velocidad se adoptan para reducir la contaminación y la siniestralidad, lo que afecta directamente a la salud y por tanto son decisiones de salud pública. Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social son otro sector que juega un papel en la política de salud y específicamente en salud laboral. Teniendo en cuenta la concepción amplia de política de salud revisada en el apartado anterior, podríamos seguir enumerando sectores empresariales que pueden ser actores potenciales de decisiones públicas que afectan a la salud. Sin embargo, entiendo que el abanico de casos mencionados da una idea bastante aproximada de los actores más relevantes en política de salud cuando la iniciativa parte primariamente de la administración pública sanitaria.

Un tercer grupo de actores lo constituyen los profesionales relacionados con la salud y sus organizaciones. Incluimos aquí tanto profesionales de la salud como académicos e investigadores relacionados directa como indirectamente con la salud. No hay duda de la figura central de los médicos en la política de salud por su capacidad de decisión en una parte importante del presupuesto destinado a la sanidad. Las innumerables decisiones diarias que adoptan los médicos, influyen decisivamente en el gasto público y los convierte en diana frecuente de influencia. Su papel en política de salud incide preferentemente en dos ámbitos, las decisiones públicas sobre prestaciones sanitarias y la política de personal. En el ámbito de las prestaciones influyen de forma instantánea prescribiendo o influyendo de diversos modos en la prescripción, por ejemplo mediante guías, recomendaciones o investigaciones. Las sociedades científicas médicas están financiadas por la industria farmacéutica y, algo que se conoce menos, por otras corporaciones. Por ejemplo, Coca-Cola ha publicado recientemente la lista de sociedades médicas, científicas y universidades con las que colabora en España. Entre ellas hay 38 sociedades científicas y médicas españolas, muchas de las cuales se relacionan con la nutrición y las enfermedades asociadas<sup>93</sup>. Estas interacciones pueden

tener efectos en la adopción de políticas que merecen examinarse. Por otra parte, las organizaciones científicas o profesionales sanitarias influyen sobre todo en decisiones regulatorias sobre el control del número de profesionales formados, redefinición de especialidades, ratios y proporciones de categorías profesionales en los servicios, y otros requisitos. En ocasiones los intereses gremiales pueden hacerse pasar por sociales.

Hay un actor intermedio entre el sector empresarial relacionado con la salud y sus profesionales más allá de los mencionados. Me refiero al papel que están adquiriendo algunos centros sanitarios y de investigación que ejercen influencias en dos direcciones. En una, buscando ampliar su financiación y, en otra, influyendo en la política de salud en línea con sus intereses específicos. La proliferación de gabinetes de prensa en algunos centros sanitarios o de investigación es un indicador del papel creciente de influencia en el espacio público.

La salud es un asunto central en los medios de comunicación y estos juegan un papel clave como antes se describió en establecer las agendas políticas y en definir los problemas en el espacio público. En el ámbito de la salud se da la circunstancia de que hay un potente grupo de medios de comunicación especializados, generalmente financiados por las compañías farmacéuticas, de productos y servicios sanitarios que pueden condicionar la agenda científica, formativa y política de la sanidad. Los medios de comunicación generales puede influir gracias a su amplia difusión, pero igualmente son influidos por actores interesados en modular las políticas de salud, cuyo poder se refuerza por la creciente dependencia de la financiación ligada a la publicidad.

Antes hemos citado las organizaciones empresariales como actor destacado en política de salud. Los sindicatos igualmente juegan su papel, más centrado en política laboral y de seguridad en el trabajo y ambas organizaciones, empresariales y sindicales, son interlocutores establecidos normativamente en varios órganos de participación en política sanitaria.

En la sociedad civil han ido surgiendo varios agentes con una particular pujanza. Es el caso de las organizaciones de pacientes cuya presencia es valorada en los órganos de participación de las administraciones sanitarias y cuya relevancia se ha puesto en evidencia por ser diana de influencia a través de la financiación por empresas farmacéuticas o de productos sanitarios.

Por último, al describir los actores en política de salud es necesario mencionar las entidades que actúan como centros de ideas, de investigación o incluso de prevención y que son en realidad organizaciones pantalla que con frecuencia consiguen atraer a personalidades públicas que les otorgan fiabilidad. Sería el caso de la Fundación Alcohol y Sociedad financiada por diferentes empresas del sector de las bebidas espirituosas y que cuenta en su comité científico con personalidades reconocidas de la medicina, la educación o la economía. Esta estrategia permite a los productores de bebidas alcohólicas convertirse en actores privilegiados de la política preventiva, una paradoja sobre la que se ha advertido por los riesgos que tiene para la salud de la población y que en España ha mostrado ya sus efectos<sup>55,94</sup>. Menos frecuentes son en España las denominadas falsas organizaciones de base comunitaria, estrategia denominada en Estados Unidos “astroturfing”, por ser Astro Turf una marca popular de hierba artificial y que hace referencia a *grass-roots* (las bases) *organizations*. Podríamos quizá incluir en esta categoría algunas organizaciones de pacientes o alguna organización de fumadores, pero la información es escasa. En cualquier caso, habrá que prestar atención a este fenómeno de activismo falso por la potencialidad de influencia través de acciones bien organizadas en las redes sociales<sup>95</sup>.

#### 4. LA CAPTURA DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

Las definiciones de captura del estado hacen referencia en general a procedimientos ligados a la corrupción, por ejemplo Hellman en su análisis de las economías en transición de los países de Europa Oriental la define de esta forma: “Por captura del Estado entendemos los intentos de las empresas para influir en la formulación de las leyes, las políticas y la reglamentación del Estado a cambio de pagos ilícitos —con carácter privado— a los funcionarios públicos”<sup>96</sup>. Las formas en las que se produce la captura del estado mediante corrupción incluyen, además de a los funcionarios públicos, a los partidos políticos mediante su financiación, los parlamentarios, el poder judicial y cualquier institución que sirva a los intereses de que la política se alinee con la voluntad de intereses específicos y no con el interés general. Villoria al tratar sobre la desconfianza de la ciudadanía en la política indica que “es la corrupción de la política lo que genera esta separación entre representantes y

representados, corrupción que incluye todo el conjunto de acciones políticas en que los partidos y sus representantes se embarcan rompiendo las reglas del juego –clientelismo, compra de votos, financiación fraudulenta...- así como todos aquellos otros en los que anteponen el interés privado sobre el general –captura de políticas, abuso de poder, protección del crimen organizado...-“, añadiendo más adelante “Si los programas de los grandes partidos están ya capturados en su origen por grandes grupos de interés, lo que se oferta a la ciudadanía no expresa el interés general, sino el de unos pocos. Esta captura es más común de lo que parece, máxime cuando las necesidades de financiación de los partidos hacen a éstos dependientes de la “generosidad” de grandes bancos y corporaciones, favoreciendo con ello el veto a ciertas opciones de política que dañarían intereses consolidados de dichos financiadores”<sup>97</sup>.

En el ámbito de la salud, la captura de políticas está relacionada en ocasiones con la corrupción. En la Unión Europea, un informe encargado por la Comisión Europea, describe que la corrupción en el sector de los servicios sanitarios es grave y prevalente en Europa describiéndose las siguientes tipologías: sobornos en la provisión de servicios médicos; corrupción en la contratación; relaciones de marketing inapropiadas; uso incorrecto de posiciones de alto nivel; peticiones de reembolso indebidas; fraude y malversación de medicinas y dispositivos médicos<sup>98</sup>.

El uso incorrecto de posiciones de alto nivel incluye de acuerdo al informe asuntos como: corrupción por puertas giratorias; captura regulatoria del estado; comercio de influencias; conflicto de interés; y, favoritismo y nepotismo. Se acepta que las industrias relacionadas con los servicios sanitarios tienen un gran poder económico y que ejercen influencia sobre las personas que toman decisiones. Este es un problema que afecta no sólo a países europeos con problemas graves de corrupción en todos los ámbitos sino también a países menos susceptibles a la corrupción. Entre los informantes españoles se recogió la siguiente afirmación: “*There is regulatory capture by the big industrial pharmaceutical groups (lobbies) that achieve the authorisation for certain activities through the modification of different laws to favour them.*”<sup>99</sup>

Sobre las políticas de salud pública relacionadas con la prevención, protección y promoción de la salud, hay menos datos que permitan una visión general de lo que ocurre en Europa tanto sobre corrupción en general como sobre captura de políticas en particular. Sin embargo, si hay suficientes informes sobre captura regulatoria europea

procedentes de organizaciones civiles de vigilancia y de la literatura científica. La Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) es una de las agencias más citadas cuando se habla de captura regulatoria y conflictos de interés. Robinson *et al.* han descrito la presencia de conflictos obvios en varios altos cargos de la agencia y en diversos grupos de expertos que la asesoran así como varios casos de puertas giratorias que han afectado incluso a la presidenta del consejo de administración de la agencia<sup>100</sup>. La situación ha requerido la intervención del Defensor del Pueblo Europeo y ha motivado que el Parlamento Europeo posponga la aprobación del presupuesto de la agencia por la escasa diligencia de ésta en controlar los conflictos de interés y la independencia de sus cargos<sup>101,102,103,104</sup>. En la misma área de política sobre nutrición, fue muy llamativa la enorme cifra de gasto en actividades de lobby que las industrias alimentarias dedicaron a bloquear la iniciativa europea para mejorar la información al consumidor en el etiquetado de los alimentos, introduciendo el denominado etiquetado en semáforo mediante el cual el consumidor puede hacerse una idea inmediata del contenido de sal, azúcares o grasas. Una intensidad de lobby comparable al pico extraordinario alcanzado cuando Europa aprobó la iniciativa sobre el Reglamento europeo relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y mezclas químicas (REACH) que tiene una conexión directa con la salud y también comparable a la intensidad de acción de influencia observada con la directiva europea de automóviles y emisiones de CO<sub>2</sub>, que igualmente tiene relaciones claras con la salud<sup>105</sup>. El caso más arriba comentado sobre la trayectoria que está sufriendo la iniciativa de regulación europea sobre disruptores endocrinos indica que las exigencias a la EFSA para que controle los conflictos de interés y las puertas giratorias están teniendo poco éxito. Este caso, es un paradigma de la captura regulatoria en Europa pues reúne múltiples ingredientes y muestra el problema que supone la captura en origen<sup>17</sup>. Si antes hemos citado que parte de la captura de las políticas en España puede trazarse a la captura en origen de los partidos políticos, en este asunto se trata de captura en origen porque las corporaciones transnacionales han capturado la producción del conocimiento científico que sirve a la EFSA para la toma de decisiones al tiempo que desacreditan la ciencia independiente. Lo ocurrido es especialmente grave pues muestra el alto grado de distorsión de la ciencia en la que se basan las decisiones. En el mencionado informe se explica que un grupo de científicos teóricamente muy reconocidos por ser los editores de las mejores revistas de toxicología mundiales



escribieron una carta abierta dirigida a la profesora Anne Glover, Jefa Científica Asesora del Presidente de la Comisión Europea y que se publicó en todas las revistas científicas de las que son editores. En esa carta los editores quitaban importancia a la repercusión en la salud de la población de los disruptores endocrinos y desacreditaban las bases científicas de la propuesta inicial de la Comisión, recomendando con ello que se mantuviese la regulación vigente<sup>106</sup>. Un amplio grupo de científicos mundiales respondió a esta carta en dos de las mejores revistas científicas relacionadas con este campo pidiendo a la Comisión Europea que tuviese en cuenta las innumerables y sólidas evidencias científicas que respaldaban la modificación de la regulación<sup>107,108</sup>. Los editores de las revistas de toxicología tenían lazos de gran magnitud con las industrias químicas que a su vez estaban desarrollando otras acciones para bloquear la nueva regulación y esto es especialmente grave porque son revistas que aportan muchos de los artículos científicos en los que se basan las decisiones de la EFSA y de sus grupos de expertos<sup>109</sup>. Si el conocimiento científico tiene un alto grado de captura, las posibilidades de que se abran paso políticas de reducción de la exposición a productos tóxicos y perjudiciales para la salud humana y del entorno se reducen, por ello es relevante prestar atención al diseño de las políticas de investigación, a los flujos de patrocinio y a los canales de comunicación científica tal como nos ha mostrado Michaels en su libro *“Doubt is their product: how industry’s assault on science threatens your health”* en el que justamente aporta innumerables pruebas de que las industrias usan diversos mecanismos para atrapar la ciencia o para poner en duda la ciencia independiente bloqueando cualquier normativa que evite la exposición a tóxicos

3.

La captura científica y del entorno intelectual generador de ideas que contribuyen a definir los problemas en el espacio público nos engarza con una cuestión que se considera clave para entender un tipo de influencias que podrían ser cada vez más frecuentes en las políticas públicas. Me refiero a la captura sutil que puede producirse mediante la captura de la agenda de investigación, de la difusión del conocimiento, del dominio de la agenda pública, de la captura de los medios de comunicación y de otras estrategias que perfilan un entorno intelectual, cultural y social que dota de apariencia naturalidad a lo que de hecho puede ser una captura del espacio de decisión de políticas públicas en el que las alternativas barajadas se reducen a

opciones que siempre son favorables a intereses específicos. Serían formas de captura de políticas más difíciles de reconocer de las habitualmente descritas en la literatura científica sobre captura.

James Kwak en su capítulo sobre captura cultural en la obra editada por David Carpenter y Daniel AS Moss “*Preventing regulatory capture. Special interest influence and how to limit it*”<sup>110</sup> considera este tipo de captura centrándose específicamente en las agencias reguladoras. Indica que hay argumentos sobre la influencia cultural o social que ejerce en el regulador la interacción repetida con la industria regulada de forma que el regulador comienza a pensar como el regulado y no puede fácilmente concebir otras formas de aproximarse a los problemas que tiene entre manos. En este caso el legislador o el regulador pueden no ser conscientes del grado en el que su conducta ha sido capturada. Estas formas de captura del regulador son más frecuentes en la desregulación o en la inacción pues el establecimiento de nuevas regulaciones puede afectar desigualmente a los intereses específicos, mientras que en terrenos como la salud, la seguridad o el medioambiente es más habitual que haya coordinación entre los actores interesados para no reforzar la regulación o para debilitarla paulatinamente. Esta forma de captura que tiene que ver con forjar asunciones, difundir un tipo de visión de los acontecimientos, usar determinados vocabularios, etc. es más difícil de demostrar en la medida que para aceptar que se produce una captura regulatoria tanto ejecutiva como normativa se acepta que es necesario cumplir algunos requisitos. Carpenter y Moss indican que es preciso que se demuestre al menos: 1) que se ha producido un deslizamiento desde el interés público hacia el interés específico; y, 2) Que se constate que el actor o actores que defienden el interés específico han realizado la acción intencionada para verosíblemente modificar la política. También requiere una concepción de interés público que esté abierta a revisión.

Pese a estas dificultades para probarlo empíricamente, es muy posible que haya formas de influencia más allá de las habitualmente descritas para la captura del regulador –presión a políticos, financiación de partidos, puertas giratorias, etc.- que pueden ser usadas por los grupos de interés para perfilar la forma en como los reguladores se aproximan a los problemas que deben resolver. En principio se asume que el regulador puede actuar en interés público según sus concepciones de políticas públicas o, en el otro extremo, en su propio interés personal en las formas más extremas

de captura. La captura cultural no se daría cuando el regulador actúa en su propio interés ni cuando actúa según sus posiciones sobre decisiones públicas preexistentes o tras un debate racional, sino por mecanismos no racionales que surgen en el desarrollo del proceso. Kwak revisa las investigaciones que apoyan la existencia de esta captura cultural, algunas de ellas basadas en la psicología cognitiva y la economía conductual, y apunta a tres mecanismos principales: la identificación de grupo, el estatus y las redes de relaciones<sup>82</sup>. Por identidad de grupo se produciría captura en la medida que los reguladores fueran más proclives a adoptar posiciones propuestas por aquellos a los que consideran que son del mismo grupo. En el caso del estatus, la captura se daría si el regulador tiende a adoptar posiciones de personas que tienen un estatus social, intelectual o económico más alto. Finalmente, habría captura cultural si los reguladores prefieren las posiciones propuestas por personas que están en su red social.

La captura cultural no casa bien con los requisitos de captura antes mencionados aunque si podría ajustarse a la propia definición de captura que usan Carpenter y Moss en la obra antes mencionada: *“Regulatory capture is the result or process by which regulation, in law or application, is consistently or repeatedly directed away from the public interest and toward the interests of the regulated industry, by the intent and action of the industry itself”*<sup>111</sup>. La existencia de este tipo de captura implica que desde el punto de vista del análisis de políticas públicas, no basta con considerar los métodos de captura más habituales para diseñar estrategias de prevención y que hay que atender a nuevos mecanismos de captura. Kwak enfatiza este punto diciendo que la alternativa a la captura obvia no es necesariamente un mundo en el que los reguladores siguen el interés público, ya sea en abstracto o tal como ellos mismos lo perciben. En su lugar, esta percepción puede estar conformada por una serie de factores no racionales, muchos de los cuales pueden ser manipulados por grupos de interés y no por la libre competencia de ideas y evidencias.

Como antes se ha apuntado, hay dificultades en definir y demostrar la captura cultural. Si ya en ocasiones la captura tradicional es difícil de demostrar porque se pueden argumentar múltiples razones que no sean el propio interés para las decisiones adoptadas, en el caso de la captura cultural la identificación empírica es aún más difícil. Sin embargo, antes de excluir la captura cultural como una forma relevante de captura de las políticas públicas hay que estar seguro de que no opera. Consideremos que se

parece en cierta forma a los mecanismos de definición de los problemas en la esfera pública que influye en la configuración de la agenda política. En el campo de la salud son ya numerosas las investigaciones que muestran numerosas formas de influencia sutil dirigidas a la captura cultural ya sea tal como la concibe Kwak o entendida de una forma más amplia. Es decir, como acciones dirigidas al entorno intelectual e informativo que configuran un marco propicio para las decisiones favorables a los grupos de interés que ejercen estas influencias de carácter más tenue y menos detectable. Muchas de las tácticas de las industrias de alimentos y bebidas entran dentro de estas características <sup>59</sup>. En el caso de los servicios sanitarios también se han descrito mecanismos similares mediante los que las industrias de productos médicos, farmacéuticos y de servicios sanitarios modifican paulatinamente el entorno decisonal de formas muchas veces casi imperceptibles con el fin de defender sus intereses <sup>112</sup>. En términos generales, las acciones dirigidas al dominio de la agenda informativa de salud, la agenda de formación y la agenda de investigación por parte de las corporaciones resultan en una captura de la agenda de la política de salud <sup>29</sup>. En lo que respecta a la agenda informativa, hay autores que han señalado el proceso de captura de políticas mediante lo que denominan problema de “calidad escondida” centrándose en la interacción entre el grupo o actor de interés y el consumidor racional (pero parcialmente informado). En el caso de la obesidad, se propone que mediante diversas estrategias, por ejemplo influir en cómo se diseña la pirámide nutricional que se usa en educación alimentaria por parte de las autoridades agrícolas o sanitarias, se consigue que el público tenga una perspectiva del problema similar a la que tienen las industrias <sup>113</sup>.

En los últimos años estamos asistiendo a acciones de transparencia y de autocontrol por parte de las industrias relacionadas con la salud. En España Farmaindustria – la Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica que agrupa a la mayoría de los laboratorios farmacéuticos innovadores establecidos en España que producen la práctica totalidad de las ventas de medicamentos de prescripción bajo patente- publicó en 2014 un Código de Buenas Prácticas que entre otras acciones obliga a las industrias adherida a publicar las transferencias a organizaciones y personas <sup>114</sup>. Por otra parte, más arriba ya se mencionó que Coca-Cola España ha publicado en su página Web lo que denomina “Colaboraciones en salud, nutrición y actividad física y apoyo a través de becas a proyectos de investigación”

donde se puede comprobar que prácticamente todas las sociedades científicas y profesionales relacionadas con la nutrición han recibido subvención económica de esta compañía<sup>115</sup>. Coca-Cola explica en las mismas páginas las razones que le lleva a la publicación de estos datos, aunque no responde con claridad a la pregunta que la propia compañía redacta: ¿Por qué estáis comunicando esta información ahora?<sup>116</sup> Si nos atenemos a los análisis que se han hecho de diversas iniciativas de la denominada responsabilidad social corporativa o a las acciones de autocontrol, se consideran por lo general acciones de marketing y de imagen que son parte de la estrategia general para evitar cualquier regulación. Mindell describe como las industrias, conocedoras de que la regulación está hecha para que sea efectiva, promueven acuerdos que están diseñados para fracasar y ellas contribuyen decisivamente a este fracaso<sup>117</sup>. Las consecuencias de estas colaboraciones público privadas para llegar a acuerdos sobre la responsabilidad de las empresas y la carencia de sus efectos han sido descritas en España<sup>65</sup>. En el caso de la industria farmacéutica puede haber tenido un efecto estimulante sobre la voluntad de la industria en Europa, la promulgación de la *Sunshine Act*, la norma estadounidense que obliga a publicar los pagos de las industrias farmacéuticas a los médicos. Aunque se ha señalado que la *Sunshine Act* no es suficiente y que deja muchos resquicios que cabrá valorar, es sin duda un paso adelante en la transparencia de las relaciones de la industria con los profesionales, también cabe aceptar que el Código de Farmaindustria en España es un paso positivo. Sin embargo, es muy posible que las empresas hayan diseñado hace tiempo las formas de influencia alternativas que sustituyan a las actuales y que de hecho llevan tiempo desarrollándose en las formas sutiles antes descritas.

Los efectos de la captura regulatoria en el ámbito de la salud y, más extensamente, los efectos de la captura de las políticas de salud en general, son difíciles de estimar. Como apunta Dal Bó, es necesaria más investigación para completar el cuadro microeconómico de los efectos de la captura, aunque asume que los efectos globales son de gran magnitud<sup>118</sup>. Si aceptáramos que una cuarta parte del retraso en adoptar políticas públicas contra el tabaco fuese consecuencia de la captura de políticas debida a la magnitud de las presiones e influencias ejercidas -y demostradas- por la industria del tabaco y considerando que casi 6 millones de personas mueren al año por esta causa, los efectos de la captura en términos humanos y económicos sería de una magnitud extraordinaria. La pandemia de enfermedades crónicas actual en el mundo,

está en gran medida asociada a las acciones de las corporaciones transnacionales relacionadas con la salud, de ahí la importancia de la captura de políticas y de la regulación de los productos insalubres <sup>59</sup>. En lo que respecta a las políticas de servicios asistenciales, los costes asociados a la sobre medicalización y a los sobreprecios por acciones de captura son así mismo difíciles de estimar por la escasez de datos concretos. Sin embargo, sabemos que las estrategias aplicadas por la industria para sustituir fármacos cuya patente expira, por fármacos nuevos pero similares en estructura y sin valor terapéutico añadido o para retrasar la entrada en el mercado de genéricos, tienen costes que se cifran en millones de euros. Un informe de la Dirección General de la Competencia Unión Europea describe todo un abanico de prácticas sin entrar a juzgarlas, pero da cifras de por ejemplo 3.000 millones de euros perdidos por la demora en la entrada de genéricos en 17 países de la Unión en el período de 2000 a 2007<sup>119</sup>.

En conclusión, al investigar sobre redes de influencia y formas de influencia debe prestarse atención a la prevalencia de prácticas de captura ya descritas y a posibles nuevas estrategias para la captura de políticas de salud menos obvias pero que pueden tener impactos potenciales relevantes.

## 5. LAS INFLUENCIAS EN LA POLÍTICA DE SALUD Y LAS COLABORACIONES PÚBLICO-PRIVADAS.

Las influencias interesadas menos obvias consiguen delimitar el terreno de las decisiones públicas, evitar que algunos asuntos entren en la agenda política o si entran, que la respuesta esté alineada con los grupos de interés que tienen preponderancia en la esfera pública. Un área de interés en la investigación de la captura del entorno intelectual, es la generación del conocimiento. Tal como se ha puesto de manifiesto en este Marco Teórico, algunos actores consiguen la distorsión de la ciencia mediante la creación de dudas sobre las relaciones de ciertos productos y la salud o produciendo pruebas científicas sesgadas favorables a sus intereses. Al respecto, entendimos que las colaboraciones público privadas en salud pública eran un área adecuada para nuestro propósito de considerar si también se producían influencias en el entorno científico más allá de distorsionar la ciencia.

Este tipo de interacciones entre gobiernos y agentes de interés están promocionándose como una opción adecuada para abordar algunos problemas de salud. Es posible que parte de su aparente prestigio se deba a que en acciones de salud global se han desarrollado diversas formas de interacción entre gobiernos y actores privados que se han denominado genéricamente *public-private partnerships*. Varias agencias de Naciones Unidas, han incorporado entre sus recomendaciones para hacer frente a los retos de la salud global la oportunidad de establecer este tipo de colaboraciones entre gobiernos y las empresas. Es más, algunos de los programas de cooperación en salud estimulados por los organismos multilaterales adoptan la forma de colaboración público-privado. Estas interacciones han sido criticadas por algunos investigadores mientras otras como Buse, ha analizado los riesgos y oportunidades de esta estrategia<sup>120,121,122</sup>. Es cierto que algunas colaboraciones entre gobiernos y el sector privado pueden ser oportunas para abordar algunos problemas, en particular, cuando no hay conflictos de interés. Por ejemplo, ha habido iniciativas de colaboraciones entre empresas proveedoras de vacunas y gobiernos para facilitar la implantación y cobertura de los programas de inmunización. Más problemas se advierten cuando los gobiernos establecen relaciones con empresas de productos insalubres para promocionar la salud. Ritcher analizó en 2004 la tendencia a unas relaciones más estrechas entre las agencias de Naciones Unidas, incluyendo la Organización Mundial de la Salud, y el sector empresarial constatando que estaban debilitándose las salvaguardas de los intereses públicos al establecer estas colaboraciones<sup>123</sup>. Sin embargo, es posible que las colaboraciones para la promoción de la salud se beneficien del halo del éxito teórico de las actuaciones en salud global en la provisión de fármacos y vacunas para enfermedades olvidadas.

Independientemente de los méritos potenciales de las colaboraciones en salud global, el asunto de la interacción de los gobiernos con corporaciones privadas es ahora un asunto central por el papel que está jugando como opción elegida por algunos gobiernos para afrontar problemas de salud prevalentes. De hecho, muchos países abordan las enfermedades no transmisibles que son las que causan mayor carga de enfermedad mediante diversas formas de intervención con empresas relacionadas con las causas de estas mismas enfermedades. El hecho de que grandes corporaciones transnacionales hayan empleado acciones de distorsión científica y que sean

financiadoras de centros de investigación y universidades aumenta el temor de que se produzca cierto grado de captura.

El entorno intelectual puede ser propicio a las colaboraciones público-privadas, si aumenta el número de artículos publicados en revistas científicas asumen que este tipo de acuerdos es una pieza clave en los nuevos desarrollos de la salud pública. Hasta ahora se han acumulado pruebas de que distintas industrias han influido en la investigación científica original produciendo resultados sesgados y favorables a los productos de esas industrias. No se ha explorado si además de ello es posible detectar el uso de las editoriales y comentarios científicos para abogar por estrategias públicas favorables a las empresas concernidas

Por otra parte, aunque hay algunos autores que ya avanzan que las colaboraciones público-privadas son inefectivas<sup>124</sup>, su novedad en los últimos años y la escasez de evaluaciones no permite hacerse una idea clara de su efectividad y oportunidad como argumentan sus múltiples defensores. Para establecer que estas colaboraciones producen captura de políticos, es preciso constatar que son inefectivas y que por tanto no producen ganancias en salud como si pueden conseguir unas normas regulatorias más estrictas que es lo que desean evitar las industrias (productores de bebidas, alimentos procesados, alcohol, etc.), proponiendo los acuerdos público-privados.

Estamos ante un área de investigación novedosa y en la que el conocimiento generado es contexto dependiente, es decir, que depende del objetivo del acuerdo, los actores privados que intervienen, los procedimientos de implantación y seguimiento de las intervenciones, etc. Por ello, no son aplicables a promoción de la salud las evaluaciones realizadas, por ejemplo, en el campo de las infraestructuras públicas. No quiere decir ello, que la investigación en las colaboraciones público-privadas se desarrolle en un vacío teórico ni mucho menos, pero sí que es novedoso el enfoque desde el punto de vista de la captura intelectual.



## CAPÍTULO III. RESULTADOS

### 1. ESTUDIO SOBRE LAS INFLUENCIAS EN LAS POLÍTICAS DE SALUD A TRAVÉS DE SUS ACTORES.

#### **A) Objetivos.**

El primer estudio tiene por objetivo identificar el conjunto de actores que participan en la política de salud, explicar cómo se relacionan estos actores y proponer formas de interrelación que faciliten el buen gobierno de la salud. Tal como se han escrito en la introducción, los objetivos específicos son los siguientes:

1. Identificar los actores de la administración pública, de la sociedad civil y en particular de las empresas relacionadas con la salud que influyen en la formulación de políticas que afectan a la salud de la población. (Nota: aunque entre las políticas relacionadas con la salud se incluyen prácticamente todas las de gobierno el estudio se dirige a las más directamente relacionadas. Sin embargo, se tienen en cuenta, además de las puramente sanitarias, otras políticas como la de seguridad vial, medioambiente, alimentaria, investigación, protección social, etc.).

2. Explicar cómo se relacionan los diversos actores que influyen en la política relacionadas con la salud.

3. Describir las formas de actuación de los grupos de interés y a través de qué medios, personas o grupos de interés secundarios lo hacen.

4. Analizar el papel jugado por las agencias reguladoras relacionadas con la salud y su inserción en el entramado de influencias que afectan a la política de salud.

5. Proponer formas de interrelación que faciliten el buen gobierno de la salud.

#### **B) Metodología.**

El método elegido para esta tesis es el estudio de caso, en concreto de las influencias en la política de salud española, abordando los objetivos de la investigación mediante un trabajo de campo consistente en entrevistas a personas clave relacionadas con los agentes de interés potenciales en la política de salud. El estudio se realizó en dos fases: una primera fase breve de prueba en la que se trató exclusivamente sobre el caso de las influencias dentro del gobierno en relación a la ley de prevención del tabaquismo pasivo de 2010 y una segunda fase que constituye el estudio propiamente dicho.

La primera fase se realizó aprovechando la ventana de oportunidad que supuso la posibilidad de entrevistar al expresidente del Gobierno de España y a la Ministra de Sanidad responsables de promover la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Esta nueva regulación era un asunto clave para la salud pública española, pero también un paso determinante en la lucha global contra el tabaco porque España se había convertido en un ejemplo usado por las industrias tabaqueras para frenar regulaciones más estrictas.

Los dos responsables políticos aceptaron entrevistarse para tratar sobre las influencias recibidas durante el proceso de elaboración de la mencionada norma de salud pública. Se conocía el proceso directamente desde la Dirección General de Salud Pública, pero se desconocía qué había ocurrido en las instancias más altas de gobierno. El Sr. José Luis Rodríguez Zapatero aceptó mantener la entrevista tras consultar a la Sra. Trinidad Jiménez y ambas entrevistas se desarrollaron sin guion con una duración aproximada de una hora cada una. Ambas fueron muy cordiales, relajadas y la impresión es que se recogió buena parte de la información esperada. Las notas fueron completadas al acabar la entrevista y posteriormente se redactó parte de los resultados en forma de artículo comentario. Los resultados se exponen narrativamente.

Para la segunda fase, la entrevista se diseñó mediante un cuestionario semiestructurado que permitiese cierta flexibilidad para adaptarse al papel concreto en la red de relaciones de cada uno de los interlocutores que participaron. La población diana de la entrevista fueron personas clave relacionadas con la política de salud: ministros y altos cargos de sanidad y departamentos relacionados, directores de

relaciones institucionales de corporaciones potencialmente relacionadas con la salud, académicos relacionados con el gobierno de la salud, cargos de organizaciones científicas y profesionales, periodistas, diputados, senadores y otras personas que por sus características pudiesen aportar información de interés.

La identificación de las personas a entrevistar se hizo mediante dos procedimientos: 1) personas conocidas por el investigador durante su trabajo en el gobierno o en la universidad; y, 2) personas mencionadas o recomendadas por los anteriores. El número de entrevistas previstas en principio se limitó a 50 por entender que tras este número de entrevistas a los distintos agentes pudiese haber redundancia en las respuestas. Acabado el proceso de entrevistas se comprobó que efectivamente había ya redundancia en las cuestiones clave, sin embargo se apreció que faltaba completar algún grupo de personas entrevistadas y se procedió a ampliar el número de entrevistas en los grupos de dirigentes de sociedades científicas y de responsables sanitarios.

El procedimiento de la entrevista es sencillo aunque con dificultades logísticas por la intensidad de las agendas de algunos entrevistados y la necesidad de organizar los viajes a las ciudades de las entrevistas (preferentemente Madrid y Barcelona) de forma que fuesen eficientes, agrupando entrevistas. Se realizaba una cita previa por teléfono y se confirmaba por correo electrónico en el que se explicaba el cometido general. Se eligió en la medida de lo posible un lugar cómodo y se procedió a la entrevista, cuya duración promedio fue de una hora. Exceptuando preámbulos y conversación tangencial, la duración efectiva fue de media hora en promedio, si bien en algunos casos se prolongó hasta dos horas.

Al comienzo de la entrevista se explicaba con más detalle el objeto de la investigación y el contenido de la entrevista. Antes de iniciarla se procedía a la firma del consentimiento informado en la que se hacía constar lo siguiente: que el entrevistado había sido informado sobre los objetivos, procedimientos y características de la entrevista, que el investigador se comprometía a la preservación de la confidencialidad y anonimato de la información derivada de la entrevista y que se remitiría una copia del texto redactado por el investigador para que el entrevistado hiciese todas las apreciaciones que estimase pertinente. Posteriormente se iniciaba la entrevista que constaba de cuatro preguntas generales a modo de guion que generalmente se seguía,

pero se trató en todas las entrevistas de facilitar la aportación del entrevistado dejando que variase el orden o que aportase respuestas a preguntas no planteadas. Las preguntas fueron las siguientes:

1. ¿Qué actores pueden reconocerse con capacidad de ejercer influencia en el ámbito de las políticas relacionadas con la salud? Se puede distinguir entre el ámbito de la Administración General del Estado y en la Unión Europea. Si hay políticas regionales clave, se pueden considerar. Con esta pregunta se pretende realizar un mapa de organismos, instituciones, corporaciones y otros actores que ejercen influencia en la formulación de políticas.

2. ¿Cómo se encauzan las acciones de influencia o presión?, ¿se pueden reconocer formas debidas y formas indebidas de ejercer influencia? Estas preguntas pretendían construir un listado de cauces y métodos que se emplean para ejercer presión (desde la directa y vertical dentro de un gobierno, hasta las indirectas a agencias o grupos técnicos mediante intermediarios), así como a revisar los argumentos que sostienen la necesidad de ejercer influencias debidas, considerar si los cauces de participación para las influencias debidas son los adecuados, son democráticos y suficientes, etc.

3. ¿Es posible que haya ocasiones en que no sea necesario ejercer influencia porque previamente se ha definido el problema y se han definido las opciones según un determinado interés? Con esta pregunta se trata de identificar lo que se denomina “captura intelectual” que hace referencia a formas sutiles de influencia, por ejemplo casos en los que uno tiene la sensación de que la decisión es libremente elegida por un órgano colegiado, pero que el rango de opciones ya está delimitado por el entorno cultural-intelectual-social-político. Por ejemplo, en el ámbito más sanitario, la agenda de formación y científica podría estar “capturada” por intereses no coincidentes con el interés público y esto determina el abanico de opciones disponibles o consideradas en la toma de decisiones tanto a nivel micro como a nivel macro. Al tratarse de un aspecto no frecuentemente considerado, el abordaje a la cuestión se hacía de diversas formas tratando en todo caso de que el interlocutor apreciase si el contexto de las decisiones estaba configurado de forma que era difícil adoptar decisiones a contracorriente o que simplemente favorecían la inercia hacia la inacción.

4. ¿Qué medidas de prevención de influencias indebidas podrían plantearse? En este ámbito se pueden considerar medidas normativas, por ejemplo el refuerzo de la ley de incompatibilidades o los criterios más estrictos para evitar las puertas giratorias en las agencias europeas. Medidas de otro carácter sobre la configuración y dependencia de los organismos técnicos. Reglas generales de buen gobierno (transparencia, rendición de cuentas, etc.). Interesa una visión crítica del potencial de estas medidas.

A pesar de que pudiese afectar a la fidelidad del contenido, se prefirió no grabar las entrevistas pues podía afectar a esa misma fidelidad. De hecho, los entrevistados describieron situaciones de gravedad que en algún caso rozaban o entraban claramente en tipos penales y que seguramente no hubiesen surgido con una grabadora. Por este motivo, la cadencia de entrevistas en la eventualidad de tener más de una al día, se pautaban de forma que hubiese tiempo entre ellas para redactar de nuevo las notas al concluir la entrevista.

El período de tiempo en el que se han hecho las entrevistas ha sido extenso, se comenzó en enero de 2013 y la última se realizó en febrero de 2016. Es decir, tres años, aunque la gran mayoría acabaron en 2014. Las razones del retraso se deben a contingencias inesperadas en la dedicación del investigador.

En la tabla 1 se detalla la relación de entrevistados para este estudio. En algún caso no se puede dar más detalle porque podría facilitar la identificación.

El tono de las entrevistas fue en todos los casos cordial y fluido. Si bien cabe decir que podemos clasificar su desarrollo en tres categorías generales:

1. Aquellas personas con las que había suficiente confianza para que desde el comienzo se entrase en cualquier tema por espinoso que fuese;
2. Los entrevistados que los primeros minutos comunicaban con mucha precaución, pero que al comprobar el objeto y contenido reaccionaban positivamente y comunicaban sin dificultad;
3. Entrevistados que se mantenían muy cautos durante toda la entrevista y procuraban no entrar en los asuntos a fondo con descripción de casos concretos de influencia y sólo hacían afirmaciones de tipo genérico.

Afortunadamente de este tercer tipo sólo hubo 4 entrevistas. Por las contestaciones recogidas en el conjunto de entrevistas, se podría afirmar que los entrevistados entraron bastante a fondo en las cuestiones planteadas, llegando a sorprender al entrevistador por el grado de detalle que se ofreció, incluso de intentos de influencia directa de dudosa legalidad. Eso no garantiza la exactitud, pero dada la similitud de contestaciones y situaciones descritas por diversos entrevistados se puede deducir que reflejan con bastante fidelidad la situación explorada.

No hubo incidentes dignos de ser comunicados durante el transcurso de las entrevistas y la revisión de textos por los entrevistados después de la entrevista sirvió para mejorar la precisión de algunas respuestas que podían haberse recogido de forma insuficiente. Esta fase fue de particular ayuda en aclarar dudas y fijar algunos contenidos. Ningún entrevistado quiso suprimir frases recogidas, sólo precisar o completar. En alguna ocasión pidieron que su cargo quedase reflejado de forma genérica para evitar la identificación.

Hay que constatar que en dos casos no se realizó una entrevista, la conversación se realizó telefónicamente. La duración de estas dos conversaciones fue de una hora, como la mayoría de las entrevistas y no surgieron dudas relevantes.

Se procedió al análisis de las entrevistas revisando el contenido completo de cada una de ellas agrupando la información de la siguiente forma. En primer lugar se trazó el mapa de todos los actores mencionados por los entrevistados y las relaciones entre ellos, recogiendo las experiencias de influencia experimentadas por los propios entrevistados. En segundo lugar, para cada tipo de actores se agruparon las distintas formas de influencias incluyendo las formas pasivas –algún entrevistado enunció que algunos actores influyen por su capacidad de conducir a la inacción-. En el apartado de cada actor se describen tanto las influencias que ejercen como las que reciben. Por último, se describen las propuestas que los entrevistados hicieron para mejorar el buen gobierno, bien reduciendo las influencias consideradas indebidas, bien por otros mecanismos que favorezcan el buen gobierno en la política de salud.

En la descripción de los resultados, cuando se habla de influencia indebida hay que considerar lo siguiente: a) cuando la acción solicitada está fuera de la legalidad no hay duda sobre su carácter, por ejemplo si un alto cargo presiona a uno de rango inferior

para que adopte una medida arbitraria, ya sea una contratación o la modificación de los procedimientos establecidos para la aprobación de un producto; b) cuando la acción de influencia ofrece al interlocutor beneficios personales independientemente del carácter de estos beneficios –desde rentas diferidas por contratación en una empresa al finalizar como cargo público o invitaciones y regalos que manifiestamente se salen de mínimas cortesías- tampoco hay duda sobre el carácter indebido; c) cuando la persona que se interesa, presiona o influye lo hace en asuntos que no son de su competencia se puede considerar acción indebida, por ejemplo un alto cargo que se interesa por el expediente administrativo de un amigo o conocido; d) si la acción de influencia se hace por cauces fuera de los establecidos aunque no haya ofrecimientos a cambio hay más dudas sobre si puede clasificarse como influencia indebida. De todas formas, este trabajo no pretende una clasificación de tipos de influencia, sino más bien una descripción y estudio de fórmulas de prevención de aquellas sobre las que hay dudas de que afecten los principios democráticos, de transparencia y buen gobierno. A efectos descriptivos se describirán todas las formas recogidas.

<b>Tabla 1. Relación de personas entrevistadas para el estudio sobre las influencias en las políticas de salud a través de sus actores.</b>		
<b>Categoría de entrevistados</b>	<b>Nº</b>	<b>Especificidades</b>
Directores de agencias internacionales o funcionarios UE	3	Relacionados con la salud
Alcaldes y parlamentarios	3	Relacionados con la salud.
Altos cargos del Gobierno del Estado (Ministros, Secretarios de Estado, Secretarios Generales, Subsecretarios, Directores Generales y asimilados)	11	Sanidad (9)/Asuntos Exteriores/Medio Ambiente y Agricultura
Altos cargos de las CC.AA. (Consejeros y Secretarios autonómicos)	5	Sanidad
Subdirectores Generales del Gobierno del Estado (4) y otros altos funcionarios (8)	12	Sanidad/Cultura/Asuntos Exteriores
Académicos	5	Universidad/Centros de Investigación/Centros Sanitarios
Dirigentes sindicales, de corporaciones profesionales o de asociaciones científicas	4	Relacionados con la salud

Dirigentes empresariales	5	Industria farmacéutica/Alimentación y bebidas
Grupos de presión	1	Relacionado con la salud
Periodistas	7	3 de medios especializados/4 de medios generales de alcance estatal (1 director general, 3 redactores jefes, 1 jefe de sección y 2 periodistas).
Total	54	

### C) Resultados fase 1

La Sra. Trinidad Jiménez, fue Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad desde abril de 2009 a octubre de 2010. Tras su toma de posesión y en el transcurso de la conversación para confirmar en su puesto al Director General de Salud Pública, se consideró la posibilidad de establecer una norma de prevención del tabaquismo pasivo más estricta que la Ley de 2006. En julio del mismo año comunicó que el Presidente le había dado el visto bueno para llevar adelante el proyecto de una nueva normativa. Durante la entrevista realizada sobre el particular, recordó que las razones que motivaron su apoyo a la propuesta de una norma más estricta sobre la limitación de la exposición involuntaria de las personas al humo del tabaco fueron las evidencias científicas que se le aportaron sobre los efectos perjudiciales de la exposición pasiva al humo del tabaco y la falta de libertad de los trabajadores de la restauración para elegir si trabajar o no en un entorno contaminado por el humo del tabaco. Por ello presentó la cuestión al entonces Presidente del Gobierno José Luis Rodríguez Zapatero.

El Sr. Rodríguez Zapatero explicó durante la entrevista que en su momento consideró que una ley de estas características tenía como principal efecto la ganancia en salud de la población española lo que secundariamente podía contribuir a la sostenibilidad del sistema de salud. Adicionalmente indicó que él entendió en esos momentos que una ley más integral de protección frente a la contaminación del tabaco era un signo de progreso, como demostraba el hecho de que los países más avanzados del mundo la habían adoptado.



Una vez iniciado el proceso de la modificación normativa, el proyecto de ley encontró muchas barreras en el seno del Consejo de Ministros. El Sr. Rodríguez Zapatero recordaba que varios ministros le dijeron que esa nueva ley podría aparecer como una amenaza a las libertades públicas y podría hacer que España fuese etiquetada como un país prohibicionista. Recordemos que este argumento es idéntico al principal argumento difundido por la industria tabaquera. Los problemas no sólo aparecieron en el seno del Consejo de Ministros, el Partido Socialista Obrero Español que apoyaba al Gobierno se mostró también reluctant a una nueva norma por los potenciales efectos electorales. El Presidente Rodríguez Zapatero relató que el decidió usar su autoridad a pesar de su tendencia a la deliberación y consenso por lo que tras dos Consejos de Ministros en los que encontró resistencias decidió aprobar en un tercero el proyecto de ley en contra de la opinión de varios ministros. Sus conclusiones de carácter general tras este proceso son: la necesidad de distinguir entre las prioridades sobre lo que es factible y benéfico para la población; adoptar una visión a largo plazo de los efectos de las políticas; mantener la confianza en el progreso; considerar todos los efectos de una política determinada; y, basarse en la evaluación y las evidencias científicas.

Sobre el papel de los medios, el Presidente mostró su insatisfacción por la desproporción de espacio que ofreció a voces contrarias a la nueva norma y estaba agradecido al papel del sector sanitario en el proceso, cree que este apoyo fue determinante. Manifestó que el no recibió presiones directas para no desarrollar la nueva norma, es más se mostró algo sorprendido por la pregunta y dijo que sólo faltaría que el Presidente recibiera presiones directas. Cuando decidió dar el visto bueno a la Ministra de Sanidad para iniciar el proceso le indicó que debía buscar el máximo consenso en el Parlamento.

La Ministra relató que ella siguió la estrategia que a continuación se describe. Como primer paso, la Sra. Jiménez habló con muchos miembros de todos los partidos políticos representados en el Congreso. Puso especial interés en hablar con aquellos diputados que ejercen influencia en sus partidos políticos y que eran más favorables a la nueva ley. Posteriormente, promovió que el proyecto de ley fuese presentado en el Parlamento por los grupos políticos, lo que por una parte evita algunos trámites limitando las posibilidades de reacción a los agentes interesados con posiciones contrarias a la ley y por otra facilita el consenso en el seno del Parlamento. La

Proposición de Ley por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, fue presentada en el Congreso el 2 de junio de 2010 por el Grupo Parlamentario Socialista y el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds.

En cuanto la intención de modificar la anterior ley se hizo pública, la Ministra empleó sus comparecencias ante los medios de comunicación para poner el foco en las bases científicas de la propuesta y trató de evitar que se viese como un asunto de partido. Paralelamente, se mantuvieron conversaciones con los directores de medios de comunicación para solicitarles que incluyesen entre sus encuestas periódicas preguntas a la población o a sus lectores sobre el proyecto de la nueva ley pues había evidencias de que la población apoyaba mayoritariamente la propuesta. Algunos medios hicieron esta pregunta y los resultados fueron favorables a la nueva regulación. En las sucesivas comparecencias ante los medios, la apuesta por dar mucha importancia a las evidencias científicas se reforzó dando voz en las ruedas de prensa a las sociedades científicas sanitarias. Por ejemplo, en una rueda de prensa, la Ministra se acompañó del Grupo de Estudio del Cáncer de Pulmón en mujeres de la Sociedad Española de Oncología que describieron a los medios casos de mujeres con hijos que mueren en la cuarta o quinta década de su vida por cáncer de pulmón. Por último, la Ministra llegó a acuerdos con algunos empresarios líderes del sector de la hostelería y restauración para no obstruir el proyecto.

Respecto a las actuaciones de grupos de interés, la Ministra recibió presiones de la industria del tabaco y de los distribuidores de tabaco. La Federación Española de Hostelería, que recibe financiación de la industria del tabaco, ejerció así mismo presión a la Ministra de Sanidad. Otros grupos de interés de menor interés fueron también recibidos en el Ministerio, por ejemplo la Asociación Española de Casinos de Juego que pidió una excepción para sus locales. El tipo de peticiones o presiones se dirigían sobre todo a indicar al Ministerio que se crearía una alarma social por el desempleo que la nueva regulación causaría. Estos actores acudieron a los medios y realizaron algunas acciones en las calles para llamar la atención de los medios.

El proceso duró aproximadamente un año al término del cual la nueva ley fue aprobada con el consenso de todos los grupos políticos.

## **D) Resultados fase 2 (estudio principal)**

### **a) Actores relevantes en política de salud.**

Las personas entrevistadas mencionaron un numeroso abanico de actores con capacidad de influencia en las políticas de salud. El perfil de los actores varía según la repercusión social y económica de la política concreta, ya sea normativa o ejecutiva y del nivel de gobierno que se analice –europeo, estatal, regional o local-. Aunque este trabajo se enfoca más a la política de salud estatal, se recogen actores en ámbitos supranacionales y subnacionales por su relación con la política estatal y porque actualmente no se concibe el análisis de las decisiones de políticas públicas sin considerar el carácter de gobierno multinivel.

Las categorías de actores relacionadas a continuación fueron nombradas prácticamente por todos los entrevistados con mayor o menor detalle, ya que la entrevista, una vez identificados los grandes grupos se dirigía a los asuntos en los que el entrevistado tenía más conocimiento e influencia. En la tabla 2 se presenta la relación completa agrupada y a continuación se describen con más detalle. Antes de ello cabe mencionar que la mayoría de entrevistados describieron actores y acciones de influencia de las que fueron objeto, pero raramente aceptaron que ellos mismos hubiesen ejercido influencias más allá de las esperables en el ejercicio de sus cargos o desempeño profesional. Se detectaron acciones de influencia entre las personas entrevistadas que sólo una parte describió –la que recibía la influencia-. Los entrevistados que aceptaron su papel activo en ejercer influencias que pueden llegar a ser consideradas indebidas, fueron las personas procedentes de empresas relacionadas con la salud. Como más adelante se comprobará en casos concretos, las razones para desarrollar estas acciones de influencia se justificaban por las propias características de las formas de relación establecidas por la administración pública o por otros agentes implicados. Por ejemplo, representantes de la industria farmacéutica se quejaron de que debían de hacer actuaciones de cierta singularidad porque las autoridades públicas las asumían como parte del proceso que desembocaba en ventajas para quien participaba en ese juego; por ello, reclamaban un campo de relación más nivelado en el que las reglas de participación estuviesen más claras. Los representantes de la industria alimentaria se

quejaron de que algunas empresas desbordaban las normas con facilidad sin recibir penalización, por ejemplo alegando carácter saludable a sus productos sin que fuese controlado o sancionado, lo que daba pie a otros a presionar para que en su negocio también se fuera laxo en la aplicación de ciertas normas limitantes – por ejemplo restricciones de publicidad en horario infantil-.

a') Políticos responsables, sus equipos y otras instituciones relacionadas a nivel estatal.

En esta categoría se incluyen los actores políticos y los burocráticos. Los entrevistados nombraron o describieron como actores relevantes a prácticamente todo el abanico institucional estatal y supraestatal. En España, en el nivel más alto fueron nombrados la Casa Real, los Gabinetes y las Oficinas de Presidencia y Vicepresidencia. Lo habitual en este caso es que estas instituciones, personas a su cargo o simplemente personas que a ellas están adscritas ejerzan influencia en otras instituciones, agencias o personas de la administración. En algunos casos puede ser al contrario, que se pide a estas instituciones que ejerzan influencia en favor de una actuación pública para favorecerla. Sin embargo cabe decir que las menciones a las altas esferas del estado no fueron numerosas, anecdóticamente la Casa Real y menos anecdóticamente la Presidencia y la Vicepresidencia del Gobierno. De hecho, cuando los entrevistados mencionaban a los responsables políticos, se referían en general a los Ministros y resto de altos cargos.

Se asume que los políticos responsables son lógicamente los actores principales en política de salud por ser los que están legitimados para ello y tienen la capacidad ejecutiva para desarrollarla. La mayoría de los entrevistados identificaron efectivamente a los políticos responsables como los actores legitimados y con capacidad principal para decidir las políticas y para determinar la agenda política, lo que no significa, a juicio de los entrevistados, que asuman con frecuencia esa capacidad de actor relevante ni tengan el liderazgo para determinar la agenda y las políticas.

**Tabla 2. Actores relevantes en políticas de salud identificados por las personas encuestadas tanto por ejercer influencias como por ser diana de influencias.**

Grupo de actores	Detalle de los grupos
Políticos responsables, sus equipos y otras instituciones relacionadas a nivel estatal, autonómico y local.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa Real</li> <li>- Altos cargos: todos los de elección o de libre designación (presidentes, ministros, secretarios de estado, secretarios generales, subsecretarios, directores generales, subdirectores generales y cargos de rango equivalente).</li> <li>- Gabinetes de altos cargos: gabinetes (Presidencia, Vicepresidencia o Ministerios), oficinas específicas –por ejemplo Oficina Económica de Presidencia-.</li> <li>- Órganos colegiados de la Administración General del Estado.</li> <li>- Altos cargos de comunidades autónomas.</li> <li>- Alcaldes.</li> </ul>
Políticos responsables a nivel europeo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comisión Europea y sus direcciones (particularmente las relacionadas con la salud)</li> <li>- Altos cargos y altos funcionarios europeos.</li> </ul>
Partidos políticos y sus representantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altos cargos de partidos políticos.</li> <li>- Parlamentarios del Parlamento de la Unión Europea.</li> <li>- Parlamentarios estatales o autonómicos</li> </ul>
Agencias, instituciones u organismos nacionales o internacionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organización Mundial de la Salud y otras agencias de Naciones Unidas.</li> <li>- Embajadas.</li> <li>- Agencias europeas relacionadas con la salud: Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC), Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), Agencia Europea del Medicamento (EMA), la Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas (ECHA) y otras.</li> <li>- Grupos de trabajo de la Unión Europea.</li> <li>- Agencia Española del Medicamento.</li> <li>- Agencia Española de Seguridad Alimentaria.</li> <li>- Organismos estatales autónomos o de participación: Comisionado para el Mercado de Tabacos; Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales; etc.</li> </ul>
Centros sanitarios y de investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitales</li> <li>- Agencias y centros de investigación.</li> </ul>
Personal de las Administraciones Públicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altos funcionarios de la Administración General del Estado.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionarios de la Justicia.</li> </ul>
Organizaciones sindicales y empresariales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sindicatos de clase.</li> <li>- Sindicatos corporativos o profesionales.</li> <li>- Confederación Española de Organizaciones Empresariales.</li> <li>- Organizaciones empresariales sectoriales: Federación Española de Hostelería; Cerveceros de España; Federación Empresarial de la Industria Química Española; La Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas; Asociación de Bebidas Refrescantes; etc.</li> </ul>
Organizaciones civiles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colegios y organizaciones profesionales.</li> <li>- Sociedades científicas.</li> <li>- Asociaciones de pacientes y de afectados. El Foro Español de Pacientes.</li> <li>- Organizaciones no gubernamentales.</li> <li>- Filántropos.</li> <li>- Asociaciones varias: Fumadores por la tolerancia; grupos anti-vacunas, antiaborto, etc.</li> <li>- Instituciones culturales</li> </ul>
Empresas relacionadas directa o indirectamente con la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabaqueras.</li> <li>- Industria alimentaria y relacionada.</li> <li>- Industria farmacéutica y de productos sanitarios.</li> <li>- Mayoristas de farmacia.</li> <li>- Proveedores de servicios sanitarios.</li> <li>- Industrias de bebidas alcohólicas.</li> <li>- Compañías aseguradoras.</li> <li>- Industrias relacionadas con la movilidad y la construcción (automovilística; energética; infraestructuras).</li> </ul>
Medios de comunicación y sus agrupaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medios generales.</li> <li>- Medios especializados.</li> <li>- Asociación Nacional de Informadores de la Salud.</li> </ul>
Otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales Sanitarios, investigadores y sus líderes de opinión (motivados o no)</li> </ul>

Justamente la capacidad de liderazgo y la situación relativa en la escala de poder de los distintos Ministerios y altos cargos es un factor que explica el desenlace de algunas políticas de salud determinadas por las distintas coaliciones en favor o en contra de una determinada política frente a la que los Ministerios se sitúan en posiciones enfrentadas. Sería el caso de una política sobre uso de productos químicos en el medio agrícola o sobre la aprobación de productos transgénicos frente a las que se han podido observar posiciones contrarias entre diversos estamentos y altos cargos de la Administración General del Estado llegando a constatarse división dentro de los propios Ministerios. Sobre influencias en la política de salud se mencionaron con frecuencia los Ministros de Agricultura, de Industria y de Trabajo. Los entrevistados mencionaron sistemáticamente al Ministerio de Economía como agente con capacidad de influencia sistemática independientemente del liderazgo de unos u otros. Además de Economía, se consideró que la Seguridad Social también tiene elevada capacidad de influencia. La idea que transmitieron los entrevistados, es que estos sectores del gobierno parecen estar en un escalón superior en la capacidad de intervenir en las decisiones públicas y que son conscientes de que sus opiniones suelen prevalecer.

La capacidad de influencia de los altos cargos se relaciona con la posición que ocupan, tanto absoluta (nivel dentro de la organización) como relativa que viene determinada por el liderazgo del sector de la administración donde ejerce. Por ejemplo, un director general de economía suele tener más influencia que otros directores generales. Respecto al nivel absoluto, no siempre se corresponde el nivel con la capacidad de influencia y bastantes entrevistados que han ejercido en la Administración General del Estado conceden importancia al papel de los Subdirectores Generales. Dentro de la Sanidad la capacidad de influencia viene determinada por la persona concreta que ejerce el cargo y su relación con sus superiores jerárquicos en el Ministerio y sus relaciones con otros ámbitos administrativos. Las relaciones y primacías dentro del partido gobernante también fueron mencionadas como factor que influye en la capacidad de influencia, es decir que aquellos altos cargos con influencia dentro del partido gobernante, podían hacer valer esta situación en los procesos de decisión pública.

Respecto a organismos colegiados de la Administración General del Estado, fueron muchos los nombrados y variaron dependiendo del sector del entrevistado, por



ejemplo las personas relacionadas con nutrición o con medio ambiente mencionaban el Consejo Interministerial de Organismos Modificados Genéticamente (CIOMG), la Comisión Interministerial para la Ordenación Alimentaria (CIOA) o la Comisión Interministerial para el Cambio Climático. Otros mencionaban las relacionadas con trabajo o sobre seguridad vial. Una de las más citadas por ser diana de influencias es la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos. Los órganos colegiados que fueron considerados con más capacidad de influencia fueron el Consejo de Ministros, Comisión General de Secretarios de Estado y Subsecretarios y la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos.

En conjunto, fueron muy frecuentes las menciones a que el Gobierno es quien detenta el poder y en consecuencia, si tiene voluntad para ello, marca la agenda y es el actor principal de las decisiones de políticas públicas. Sin embargo, al mencionar los distintos niveles de gobierno se mencionaba con frecuencia el papel de los gabinetes dado que según varios entrevistados, la política actual se ha transformado más en una política de gabinete e imagen que de acciones planificadas de acuerdo a un programa de gobierno. Alguno lo nombró como “gabinetización” de la política. Una política en la que la rendición de cuentas viene más medida por la imagen pública de los responsables que su verdadera responsabilidad medida por procedimientos estandarizados de rendición de cuentas.

Dado que el estudio incluyó a personas relacionadas sobre todo con la política estatal, las menciones a las comunidades autónomas o a las entidades locales fueron menos frecuentes. Sin embargo, se mencionó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como organismo que debe tener la capacidad de influencia y acción política aunque se asume que salvo excepciones, como fue el caso de la Pandemia de gripe A en el año 2009, su papel está desnaturalizado y no cumple las funciones de dirección de la política de salud que le corresponden. Todos los entrevistados con alguna relación con las comunidades autónomas mencionaron la capacidad de los Consejeros de Sanidad para ejercer influencia hacia el gobierno del estado y lógicamente como agente de influencia en cualquier política de salud autonómica.

La Federación Española de Municipios y algunas de las entidades por ella creadas, las mancomunidades de municipios, las diputaciones y los propios municipios

son actores que ocasionalmente han jugado un papel relevante en las políticas de salud. Las más obvias son las que tiene que ver con la dotación de infraestructuras sanitarias en las que alcaldes o presidentes de diputación han influido en determinada dirección, aunque estas influencias son más bien contingentes pues el interés local por las políticas de salud ha sido escasa con la interesante excepción de la Red de Ciudades Saludables a la que están adheridos 158 ayuntamientos y una diputación (2016) y que progresivamente puede ir forjando un agente de gran influencia en política de salud por la relevancia del municipio en la aplicación del principio de la Salud en Todas las Políticas.

#### b') Políticos responsables a nivel europeo.

En política de salud la influencia de las instituciones políticas europeas puede ser decisiva, como también lo es en otros ámbitos. Se acepta que la Comisión Europea tiene una gran capacidad de influencia pese a que se está descapitalizando técnicamente –hay un proceso de sustitución de funcionarios técnicos por funcionarios “todoterreno”-. A su vez puede ser una diana de influencia frecuente dado que los sistemas de rendición de cuentas de los Comisarios y de los altos cargos europeos son vagos o inexistentes en muchas ocasiones. Se acepta que la Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria (DG SANCO) tiene un elevado poder dentro de la Comisión por la sensibilidad pública de los asuntos en los que está implicada. Por otra parte, el Comisario Europeo de Salud suele provenir de un país pequeño y se admite que como cargo tiene menos influencia.

Las razones de la capacidad de influencia de la Unión Europea en cuestiones de salud vienen determinadas porque para un estado es difícil eludir una recomendación europea, por ejemplo sobre la inclusión de una vacuna, por la importancia del contexto europeo en la toma de decisiones y por el uso que los partidarios de una determinada política hacen de las decisiones o recomendaciones a nivel europeo.

#### c') Partidos políticos y sus representantes.

De acuerdo a los entrevistados, se constata una capacidad de influencia cada vez menor de los partidos políticos a través de sus cargos orgánicos. Los entrevistados relacionan esta pérdida de influencia por la progresiva dilución de la capacidad política y técnica de los partidos y por la creciente práctica de la política de gabinete menos

cercana al programa político del partido que a las necesidades inmediatas de efectismo en el ámbito público-mediático. Ello no es óbice para que sean un actor que en ocasiones gana relevancia, sobre todo en las actuaciones a corto plazo (listas de espera, crisis sanitarias, vacunas, etc.). Además, los parlamentarios siguen manteniendo capacidad de influencia, particularmente cuando se dan situaciones de falta de mayoría absoluta en el Parlamento. En cualquier caso los partidos políticos (menos) y los parlamentarios (con frecuencia) fueron citados como actores en política de salud a tener en cuenta.

d') Agencias, instituciones u organismos nacionales o internacionales.

La Organización Mundial de la Salud se ha considerado una agencia técnica de las Naciones Unidas, lo cual no es ajustado como se puede constatar por su papel en la gobernanza de la salud global. Pero fue su capacidad de dirección técnica lo que los entrevistados destacaron al mencionarla por su capacidad de influencia. Consideraron obvio que sus recomendaciones técnicas influyen decisivamente en las políticas de salud estatales. Por ello es también una diana de influencia. Algunos entrevistados citaron organismos adicionales de Naciones Unidas relacionadas con la salud, bien dependientes de la Asamblea General como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), bien organismos especializados como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) o bien instituciones conexas como la Organización Mundial del Comercio (OMC). En cualquier caso, salvo excepciones, estos organismos no se analizaron en profundidad en las entrevistas.

Las agencias de la Unión Europea relacionadas con la salud se mencionaron con mucha frecuencia por su papel decisivo en las políticas de salud. Estas menciones se fundamentan en la capacidad de estas agencias en determinar las políticas de los estados miembros, por ejemplo influyendo en las decisiones sobre autorización de medicamentos, de sustancias químicas o de aditivos para alimentos. Gran parte de la seguridad sanitaria está en manos de estas agencias y por tanto su papel, tanto activo como pasivo (receptor de influencias), se consideró muy relevante por los entrevistados.

En conexión con las agencias, se nombraron por su capacidad técnico-política, los grupos de trabajo de la Unión Europea (Órganos preparatorios del Consejo).

En un nivel inferior pero también relevante, se mencionaron las agencias españolas relacionadas con la salud. Las más citadas fueron la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición.

Se mencionaron algunos organismos autónomos o de participación de la Administración General del Estado. Por ejemplo el Comisionado para el Mercado de Tabacos y en concreto su Comité Consultivo en el que están representados además de la Administración General del Estado los productores y comercializadores del tabaco. Otros organismos mencionados que influyen en las políticas de salud son los relacionados con la seguridad en el trabajo que figuran en la tabla 2 y en las que están representados los agentes sociales reconocidos constitucionalmente y las administraciones estatales y autonómicas relacionadas.

#### e') Centros sanitarios y de investigación.

Los centros de investigación, incluidas las Universidades, y los centros hospitalarios fueron citados con frecuencia, particularmente por los entrevistados procedentes de los medios de comunicación. Esto es debido a que algunos centros tienen unos departamentos de comunicación muy activos e intervienen con frecuencia en la esfera pública. Algunos de los altos cargos de estos centros, por su carácter y presencia mediática alcanzan posiciones de particular influencia. Sería el caso de los directores de los Centros Nacionales de Investigaciones Oncológicas y de Cardiovasculares respectivamente que influyen en las agendas políticas de salud e investigación. Independientemente de la influencia a través de los medios, representantes y expertos de los centros universitarios, de investigación o sanitarios participan con frecuencia en diversas comisiones que asesoran en política de salud.

#### f') Personal de las Administraciones Públicas.

Los entrevistados mencionaron a los altos funcionarios de la administración, actores de carácter burocrático, por tres aspectos: por su capacidad de influir en la formulación de políticas debido a los puestos clave que ocupan en la tramitación de normas o actuaciones; por ser diana de influencias dada su participación en grupos de decisión y por la actuación de algunos funcionarios de justicia. En el primer caso se mencionó por parte de altos cargos entrevistados el papel que juegan funcionarios selectos de cuerpos superiores de la administración, en concreto el Cuerpo Superior de Administradores Civiles del Estado. Su estado de permanencia en la administración y el hecho de que ocupen con frecuencia puestos claves tales como las Subsecretarías o las Secretarías Generales Técnicas les convierten en piezas clave, en muchas ocasiones explicativas de ciertas inercias o inacciones. Respecto al resto de altos funcionarios, destaca su papel por ejemplo en grupos de trabajo europeos o en agencias europeas donde se constata que las industrias relacionadas tratan de influir en ellos. Por último, se hizo una única mención a los funcionarios de justicia pero de interés. Un entrevistado (nivel subsecretaría ministerial) informó de que había una percepción de que algunos juzgados de lo mercantil tenían una tendencia llamativa a admitir demandas contra el levantamiento de patentes. Teniendo en cuenta que los plazos en esta cuestión son claves para los resultados económicos, el desenlace del proceso no es tan importante como su duración proporcionando resultados económicos considerables a la industria demandante que impide durante un plazo estimable la comercialización de un medicamento genérico mucho más barato. También se mencionó el papel de los juzgados en los procedimientos incoados con motivo de las ofertas públicas de empleo.

#### g') Sindicatos y organizaciones empresariales.

Los representantes de los sindicatos y de las organizaciones empresariales tienen un papel de participación reconocido en la Constitución Española y en consecuencia están presentes en buen número de organismos establecidos normativamente de participación en la formulación de políticas. Más allá del papel representativo o de consulta, las organizaciones empresariales actúan de otras formas para influir en las políticas y muchos entrevistados los nombraron como actores

determinantes en muchas políticas de salud o relacionadas. Los sindicatos tienen menos influencia más allá de las establecidas normativamente de participación o consulta, aunque se hicieron varias menciones a su papel como actores de influencia ante los gobiernos cuando estos son cercanos al sindicato en cuestión.

#### h') Organizaciones civiles.

En política de salud hay buen número de organizaciones civiles que fueron mencionadas por los entrevistados como agentes de influencia. Los colegios profesionales sanitarios -con mucha menos frecuencia los colegios profesionales no sanitarios- fueron frecuentemente mencionados, en particular las organizaciones colegiales, tanto por su presencia en diversos organismos de consulta como su presencia frecuente cerca de las autoridades sanitarias y su impacto en los medios de comunicación. Esta capacidad depende de la persona que ostente la representación y de sus actividades concretas para ejercer influencia política que no siempre es detectable.

En una línea parecida, las sociedades científicas influyen en las políticas de salud porque aportan expertos a las administraciones, emiten recomendaciones públicas de políticas y actúan ante los medios de comunicación. Su capacidad de influencia depende de los medios y más aún de su pericia en acciones de defensa y abogacía por la salud, al respecto destaca que algunas sociedades científicas internacionales tienen ascendente sobre sociedades nacionales. Hay diferencia entre sociedades científicas, mientras algunas se acercan más a la defensa de intereses generales otras se acercan más a la defensa de intereses específicos en ocasiones ligados a sus fuentes de financiación.

Las asociaciones de pacientes y de afectados participan como interlocutor constante en múltiples comisiones del Ministerio de Sanidad. Además de su papel en órganos de participación, ejercen influencia de otras formas. Fueron mencionados sistemáticamente por los entrevistados por su capacidad de influencia y por ser financiadas por la industria sanitaria o de alimentación.

Los entrevistados citaron buen número de otras organizaciones civiles, entre ellas organizaciones no gubernamentales, muy activas por ejemplo en las actuaciones de prevención del Sida o en salud medioambiental. En la Unión Europea hay grupos de

presión estable de asociaciones de defensa de la salud pública que son interlocutores frecuentes de la Comisión Europea o que hacen labor de observación y denuncia de políticas que amenazan la salud pública. El papel de las organizaciones filantrópicas es más frecuente en instituciones de salud internacionales. Algunos entrevistados mencionaron la emergencia de lo que denominan grupos anti entre los que se citaron los grupos anti vacunas.

Por último, en este apartado quedan las menciones a los centros de carácter cultural o a personalidades del mundo cultural. Los entrevistados mencionaron las instituciones culturales más por su capacidad de otorgar patente de credibilidad y calidad a organismos creados por empresas dentro de sus estrategias de influencia y relaciones públicas que por su propia acción. Por ejemplo, si se crea la Fundación Alcohol y Sociedad, financiada por las grandes empresas de bebidas espirituosas y logra integrar en su comité científico a personas como Jose Antonio Marina o Guillermo de la Dehesa, éstos están dando credibilidad a las acciones de esa entidad.

#### i') Empresas relacionadas directa o indirectamente con la salud.

Las empresas son un actor clave en política de salud de acuerdo a los entrevistados, ya que fueron citadas como tales por prácticamente todos ellos. Los únicos que no las mencionaron fueron personas que por su trabajo (asuntos exteriores por ejemplo) abordaron otras cuestiones en el curso de la entrevista. Más arriba se ha considerado el papel de las organizaciones empresariales. En el plano individual las industrias realizan acciones de influencia que son más o menos sistemáticas dependiendo de su capacidad. Por ejemplo las grandes empresas farmacéuticas y alimentarias tienen su agenda propia más allá de las organizaciones en las que están integradas. Algunas empresas participan, tal como está establecido normativamente, en algunos procedimientos administrativos, es el caso de las empresas farmacéuticas en los procedimientos de establecimiento de precios. En cualquier caso, como actores de la política de salud se observó que actúan mediante variadas estrategias que más adelante se expondrán y que son indispensables en el análisis de las políticas públicas de salud. Cabe precisar que las industrias más citadas son las que están más estrechamente relacionadas con lo que se entiende por política de salud. Por ello la industria farmacéutica y todo lo relacionado con la comercialización de fármacos y productos

sanitarios fue repetidamente mencionada en las entrevistas. También aparecieron con frecuencia la industria del tabaco y las alimentarias, las de bebidas alcohólicas y no alcohólicas. Con menos frecuencia fueron citadas empresas cuya repercusión en la salud pública es menos obvia aunque en ocasiones es más relevante, por ejemplo las energéticas, la del automóvil o las de infraestructuras. Se mencionó como actor emergente el de proveedores de servicios sanitarios, aunque no fue citado con mucha frecuencia.

#### j') Medios de comunicación y sus agrupaciones.

Los medios de comunicación son un actor clave citado por la mayoría de entrevistados y descrito como actor relevante por los propios periodistas entrevistados. Se dio más o menos el mismo énfasis a la influencia de los medios de comunicación generales y a los medios especializados en salud. Se mencionó sobre todo a los medios como instrumento de influencia de terceros, seguramente porque los medios especializados que son sobresalientes en salud por su difusión están financiados por otros actores relevantes como la industria farmacéutica, los proveedores de servicios y productos sanitarios. Se mencionó a la Asociación de Informadores de la Salud que sin embargo no es muy reconocida como actor relevante.

#### k') Otros.

Por último un actor muy mencionado son los propios profesionales sanitarios. Se mencionó que profesionales sanitarios con capacidad de liderazgo individual o en pequeños grupos han conseguido cambios en decisiones de política de salud. Muchas de estas acciones supusieron innovaciones en el trabajo sanitario y otras veces se dirigieron a la defensa de sus intereses personales o grupales, por ejemplo mejor dotación de un servicio. Un papel destacado y emergente se atribuyó por los interlocutores a los denominados líderes clínicos de nueva creación. Se referían a profesionales que en contacto con industrias de farmacia son promocionados científicamente, bien facilitando sus publicaciones o bien garantizando su participación en foros científicos de forma que se convierta en una persona de referencia para un tema concreto y cuyas



recomendaciones se alinean con las de la empresa promotora. Independientemente de estos líderes o supuestos líderes clínicos o investigadores, hay profesionales que ejercen un liderazgo constatable y que tienen influencia en política de salud al ser escuchados como expertos o invitados a foros de amplia difusión. Los investigadores o académicos con liderazgo también ejercen influencia en agencias reguladoras cuando están en sus comités de expertos. Se mencionó la presencia de algunos activistas de la salud que tienen alta capacidad de presencia en redes sociales y medios de comunicación, en particular algunos que suelen ser críticos con la corriente médica mayoritaria.

b) Influencias, actores que la ejercen y actores que las reciben.

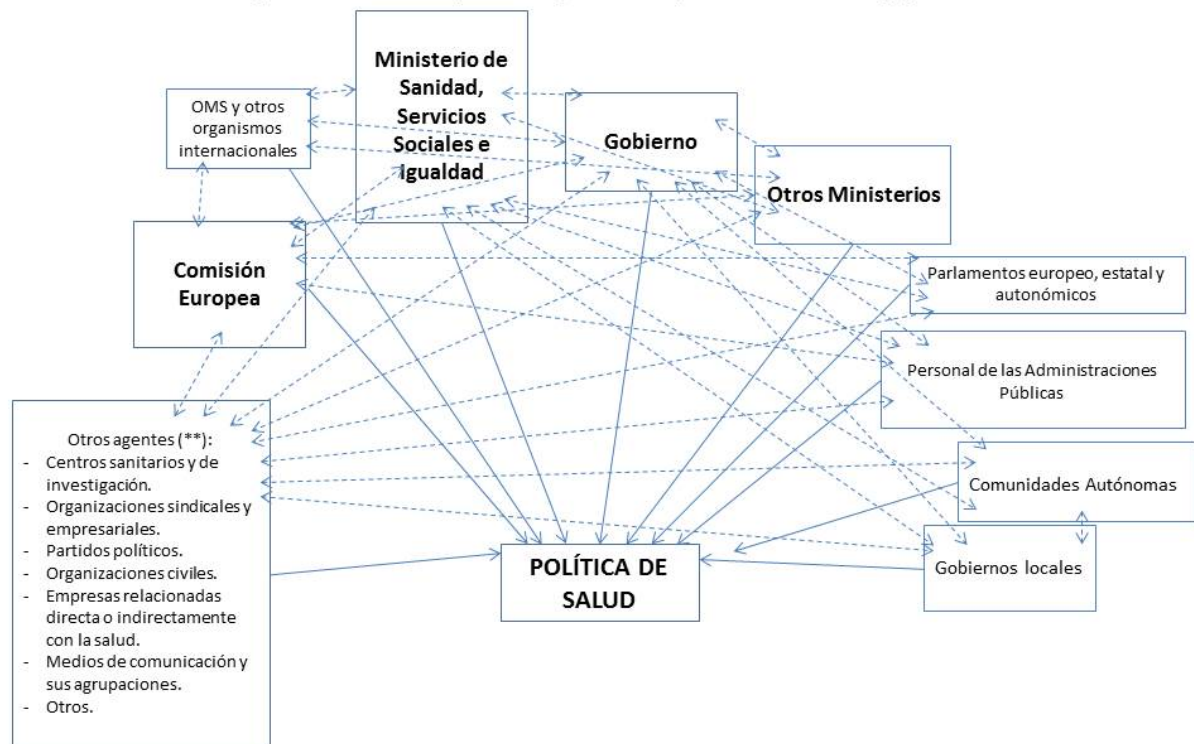
En esta sección se traza un mapa de las influencias entre los diversos actores identificados en política de salud. Interesan todo tipo de influencias, tanto las establecidas normativamente ejercidas a través de la participación o consulta, como otras formas de influencia que podemos denominar indebidas y que más arriba se han considerado. Entre ambas formas observamos una amplia diversidad de procedimientos de ejercer influencia cuya catalogación no es sencilla desde una visión de buen gobierno y que en cualquier caso cabe describir en detalle para entender mejor el proceso de la configuración de las políticas y detectar áreas sensibles al mal gobierno. Se presentan sucesivamente las redes de influencia con la descripción de ejemplos descritos por los entrevistados para cada uno de los actores relevantes.

a') Los actores responsables de la política de salud y las influencias establecidas normativamente.

Al describir los actores relevantes ya se apuntó que todos los entrevistados constataron más o menos explícitamente que el actor destacado o que debería serlo en política de salud son los responsables políticos y en general los distintos gobiernos en cada nivel competencial. Aunque el estudio se centró preferentemente en el nivel estatal, se incluyen las relaciones de éste con otros niveles de gobierno. Respecto a la primacía en determinar la política de salud, el Gobierno estatal es el que en este estudio se considera agente con mayor capacidad potencial. Tras él y sin orden precisado por los entrevistadores se mencionan la Unión Europea y los Gobiernos Autonómicos. Citaron a la Unión Europea por sus competencias regulatorias de gran impacto en la

salud de los ciudadanos europeos al regular ámbitos como la seguridad alimentaria, los productos químicos o los medicamentos. Los gobiernos autónomos se citaron por sus amplias competencias en salud que los convierten en agentes clave en la política de salud. Los gobiernos locales, municipales y otros entre como diputaciones, cabildos o consejos insulares fueron lógicamente poco citados pues tienen competencias reducidas –variables según su tamaño– aunque les corresponden otras áreas que tienen impacto indudable en la salud, como el saneamiento o la planificación urbana.

Figura 1. Actores que influyen en la política de salud (\*)



(\*): En los gobiernos mencionados o ministerios se incluyen sus agencias reguladoras o técnicas.

(\*\*): Para más detalle ver tabla 2.

En la figura 1 se representan las líneas de influencia entre los distintos actores. En concreto las interacciones que son esperables en toda acción de gobierno tales como las influencias lógicas de los gobiernos, sus distintas instituciones y agencias o las instituciones internacionales en la política de salud. Así mismo se representan las influencias que por cauces normativos o por el uso se han establecido para formular políticas de salud. Cualquier política ejecutiva o normativa del gobierno estatal recibe la influencia de los otros departamentos, bien a través de los trámites habituales de consulta –revisión y propuesta de modificación de normas en fase de borrador o

anteproyecto- o de interacción -en comisiones interministeriales por ejemplo-, bien mediante la interacción en el proceso de elevar la decisión al Consejo de Ministros. El Ministerio de Sanidad como agente principal en la iniciativa en formulación de políticas de salud, pone en marcha procedimientos de consulta y participación de la sociedad, por ejemplo a través de los trámites establecidos de audiencia a afectados -por ejemplo a empresas farmacéuticas en el proceso previo de fijación de precios que desemboca en la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos- o mediante los órganos consultivos dispuestos normativamente. El Ministerio en su papel de coordinación del Sistema Nacional de Salud trabaja conjuntamente con las Comunidades Autónomas a través del Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud y sus distintos órganos especializados. El resto de líneas de influencia dibujadas en la figura 1, recogen los distintos procedimientos por los que se producen acciones de influencia debida entre instituciones o como otros agentes influyen directamente en la política de salud por acciones directas o por su interrelación con otros actores.

En las actuaciones del Gobierno en política internacional sobre salud se producen en ocasiones disparidad de pareceres sobre las actuaciones y usualmente es el Ministerio de Asuntos Exteriores el que marca las directrices generales consiguiendo con ello que la Subdirección de Relaciones Internacionales del Ministerio de Sanidad se alinee con estas directrices.

Del análisis de las respuestas de los entrevistados sobre los procedimientos establecidos de participación en la formulación de políticas, se infiere que cuando se profundiza y se agilizan los espacios de participación, los resultados suelen ser fructíferos. Esta idea ha sido expresada por responsables de salud autonómicos que aportan experiencias de propuestas innovadoras de grupos de profesionales y de la sociedad civil que han resuelto problemas complejos. Un ejemplo de ello es un programa de prevención de fragilidad en personas mayores implantado tras la iniciativa de un buen servicio de prevención en colaboración con ciudadanos. En cualquier caso no es el objetivo del presente trabajo analizar la efectividad de sus diversas formas de la participación y los resultados al respecto son limitados.

b') Influencias indebidas entre gobiernos, sus instituciones y organismos, los parlamentos y los partidos políticos.

Más allá de las interacciones establecidas, sobre las mismas líneas de influencia dibujadas en la figura 1, se describe en primer lugar las influencias indebidas dentro del Ministerio de Sanidad y posteriormente las ejercidas desde otras administraciones e instituciones públicas. Las influencias indebidas detectadas son en general motivadas por terceros actores que se irán describiendo en los sucesivos apartados y sólo en casos anecdóticos las influencias o presiones se debían a interés exclusivo de beneficio particular.

La tabla 3 identifica los agentes de influencia con ejemplos de las influencias ejercidas. El que se muestren ahí no suponen que todas ellas hayan tenido efecto, que algunas sin duda lo han tenido. Los entrevistados, lógicamente, situaban las presiones efectivas en otros actores, es decir, no a que ellos hubiesen ejercido influencia o se hubiesen dejado influir.

<b>Tabla 3. Influencias ejercidas en el ámbito de la política de salud por actores de la administración, sus organismos, los parlamentos y los partidos políticos que pueden calificarse de indebidas*.</b>		
<b>Actores que ejercen influencia</b>	<b>Actores diana de influencia</b>	<b>Ejemplos de tipos de influencia</b>
Ministro o alto cargo de Sanidad. Consejeros Autonómicos	Altos cargos o subdirectores del Ministerio de Sanidad. Altos cargos de Consejerías de Sanidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presión ejercida al Director General de Farmacia para que un determinado fármaco sea prontamente financiado.</li> <li>- Presión a la dirección de la Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios para modificar indicaciones de fármacos o acelerar (o retrasar) las decisiones sobre fármacos sin receta e incluso la selección de estos fármacos.</li> <li>- Presión para hacer determinados contratos menores.</li> <li>- Presión para otorgar la construcción de un hospital a una empresa determinada (en áreas de competencia del Ministerio: Ceuta y Melilla).</li> <li>- Se contacta con un Director General para acelerar un procedimiento de registro de un producto químico, pese a contestar que es imposible, el agente de influencia habla con el Subdirector General para circunvalarlo.</li> <li>- La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha</li> </ul>

		<p>recibido presiones para que una decisión política (favorecer a determinada industria nacional) pareciese una decisión técnica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ejerció presión en un Director General para que destituyera en sus funciones a un alto funcionario por sus actividades privadas de activismo sanitario altruista.</li> <li>- Altos cargos de sanidad han presionado al Director de Salud Pública para que aceptase las propuestas de autocontrol sobre bebidas alcohólicas.</li> <li>- Consejeros autonómicos han presionado a directores generales de su comunidad para que cambie de proveedor de vacunas en contra de criterios técnicos o para que una vacuna se incluya en el calendario de vacunación.</li> </ul>
Ministro de Sanidad	Consejeros autonómicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presión del Ministerio sobre un Consejero de Salud para detener la implantación de un programa de salud (salud dental).</li> </ul>
Otros ministerios	Altos cargos de sanidad o de otros ministerios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Ministerio de Industria influye para que Sanidad facilite en el Programa Profarma de Fomento de la competitividad en la Industria Farmacéutica una mejor calificación de alguna empresa (facilita la minoración de la aportación económica destinada a investigación).</li> <li>- El Ministerio de Agricultura presiona para que Sanidad acepte excepciones no justificadas en el uso de algunos pesticidas en situaciones concretas. Se constata que altos cargos de Agricultura están relacionados directamente con el sector, ya sea mediante la propiedad de tierras o de otras formas.</li> <li>- El Ministerio de Agricultura presiona y consigue cambiar la posición española en la Unión Europea (se vota a favor) sobre un maíz transgénico sobre el que El Consejo Interministerial de Organismos Modificados Genéticamente había votado negativamente siguiendo la propuesta de la Comisión Nacional de Bioseguridad. El responsable de agricultura que hizo la presión fue mencionado como favorable a las posiciones de la empresas biotecnológicas en las revelaciones de Wikileaks: <a href="http://elpais.com/elpais/2010/12/18/actualidad/1292663828_850215.html">http://elpais.com/elpais/2010/12/18/actualidad/1292663828_850215.html</a></li> <li>- El Ministerio de Agricultura es una administración que por presiones de la industria del sector, que ellos mismos denominan sus clientes, crea coaliciones frente al interés de la salud pública ejerciendo presiones al Ministerio de Sanidad cuando éste tiene la competencia.</li> <li>- Más de un Ministro ha ejercido influencias por cuestiones particulares o por favorecer intereses determinados tal como pedir explicaciones de la</li> </ul>

		<p>razón de no subvencionar a una determinada entidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altos cargos de diversos ministerios se interesan e influyen por cuestiones concretas de interés para una empresa.</li> </ul>
Altas instancias del Estado y del Gobierno	Altos cargos de sanidad o de otros ministerios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presidencia del Gobierno ha ejercido influencia directamente a altos cargos del Ministerio de Sanidad (en los años 80-90 no sucedía, la presión directa se dirigía al Ministro).</li> <li>- La Oficina Económica de Presidencia se ha interesado en ocasiones por determinadas acciones del Ministerio de Sanidad, incluyendo prestaciones farmacéuticas con una posición pro industria.</li> <li>- De Vicepresidencia del Gobierno llaman para interesarse por un tema alimentario cuyo interlocutor en el sector ya le había avisado al alto cargo de que hablaría con Vicepresidencia al no obtener una posición favorable a su industria.</li> <li>- Diversos agentes de influencia, incluidos grupos de pacientes invocan al ejercer su presión que están respaldados por Vicepresidencia.</li> <li>- La Casa Real se interesó por la aprobación de un fármaco concreto.</li> </ul>
Parlamentos	Altos cargos de sanidad o de otros ministerios.  Comisión Europea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presidente de un grupo parlamentario decisivo en la aprobación de los presupuesto negocia hasta última hora y modifica la redacción de una disposición normativa que afectaba a un principio activo farmacéutico.</li> <li>- Parlamentarios (en general del grupo que apoya al Gobierno) llaman para interesarse por cuestiones procedimentales, por ejemplo como acelerar el registro de un producto químico.</li> <li>- Diputados presionan a los altos cargos del Ministerio de Sanidad para defender a empresas concretas cuando se suprimió la financiación de algunos fármacos.</li> <li>- El Parlamento Europeo influye en las actividades de la Comisión. Por ejemplo, la Comisión ha realizado acciones sobre diversas enfermedades a instancia del Parlamento, aunque en varios casos el interés se derivaba de cuestiones personales (familiares de parlamentarios con problemas concretos de salud).</li> <li>- Se asume por muchos interlocutores que algún partido político es más sensible a las influencias y ejerce la función de lobby, por ejemplo Convergencia i Unió (se han identificado propuestas suyas escritas por Philip Morris y Japan Tobacco).</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Algunos parlamentarios habitualmente no sensibles a la cuestión de género, han usado esta cuestión para aprobar propuestas parlamentarias de defensa de la vacuna frente al virus del papiloma humano.</li> </ul>
Partidos políticos	Altos cargos de sanidad o de otros ministerios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En caso de pactos necesarios, algunos partidos aprovechan para incluir en los presupuestos beneficios a empresas o asociaciones concretas.</li> <li>- Presión al Ministerio para aumentar el presupuesto de subvenciones sobre problemas de salud concretos, por ejemplo Sida, que permite mantener la infraestructura de diversas asociaciones.</li> <li>- Presión de un partido bisagra al Ministerio para reducir al mínimo posible las sanciones establecidas normativamente a industrias químicas en la trasposición de una directiva europea.</li> </ul>
Instituciones Públicas Internacionales (Unión Europea, OMS, etc.)	Ministerio de Sanidad y otros ministerios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altos funcionarios de la OMS influyen en Sanidad y Exteriores para favorecer la financiación del Estado Español a determinados programas concretos de la OMS.</li> <li>- En órganos colegiados o participativos de la Unión Europea se percibe que algunos países hacen de portavoces de organizaciones empresariales.</li> <li>- Las decisiones de un grupo de gripe de la OMS repercute de inmediato en decisiones nacionales y regionales con amplio impacto presupuestario y de recursos humanos si hay pandemia. Por eso preocupa el fenómeno de puertas giratorias en relación a los responsables del grupo.</li> </ul>
Gobiernos regionales o locales.	Altos cargos de diversos Ministerios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presión a altos cargos de sanidad para la instalación de empresas sanitarias en su territorio.</li> <li>- Presión a altos cargos de Medio Ambiente para acelerar una evaluación de impacto ambiental o modificarla para facilitar una infraestructura.</li> </ul>

\* La calificación de influencia indebida es circunstancial y debe tomarse de forma aproximada. Dentro de ellas hay algunas que no son ni ilegítimas ni ilegales pero que algunos científicos las califican como indebidas. Su clasificación es más a efectos de establecer posteriormente criterios de independencia.

De todos los ejemplos enumerados cabe subrayar que algunas formas de influencia directa son sencillas y poco elaboradas. En algunas ocasiones las acciones de influencia de actores de la administración o políticos se enmarcan en actuaciones más complejas y la acción de una persona determinada es tan sólo una tarea más de una estrategia elaborada. Sería el caso de parlamentarios que hacen preguntas redactadas por empresas que han diseñado una estrategia de influencia que alcanza a todo en espacio público (medios de comunicación, mundo empresarial, partidos políticos, instituciones, etc.).

### c') Influencias desde las empresas.

Esta es la parte nuclear de los resultados del estudio pues es en el sector privado donde se originan la mayor parte de las influencias indebidas de acuerdo las personas entrevistadas. En la tabla 4 se describen casos concretos agrupados de acuerdo a las instituciones, cargos o personas que fueron objeto de influencias.

Una de las diana de influencia más nombrada por los entrevistados, aunque no hubiese estado relacionada con sus competencias, es el eje Dirección General de Farmacia – Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y los organismos y servicios con él relacionadas. En la tabla 4 se puede comprobar como son numerosos los ejemplos relacionados con la autorización de medicamentos y fijación de precios.

Un área llamativa es el uso de las altas instancias del estado como ariete para ejercer influencias y la cierta facilidad con la que estas instancias ejercen ese papel. No se trata tanto de los cargos unipersonales –por ejemplo vicepresidente del gobierno– como sus oficinas u organismos asociados. Un alto cargo del gobierno, por ejemplo un director general, queda bastante impresionado cuando recibe una llamada de la vicepresidencia del gobierno o cuando desde la Oficina Económica de Presidencia se interesan por un asunto. El pretexto, cierto o no, del interés es casi siempre el apoyo al desarrollo económico del país, pero no hay duda de que en varios de los casos registrados se deducía que no era esa la cuestión. La dificultad en muchos casos consiste para el alto cargo saber el origen real de la influencia.

Las empresas alimentarias y de bebidas –alcohólicas y no alcohólicas– y sus asociaciones aparecen con mucha frecuencia en las entrevistas y han mostrado capacidad de bloquear regulaciones en los últimos 20 años. Sus formas de influencia aparecen en distintos ejemplos incluyendo el descrito en el párrafo anterior. Más allá de esos ejemplos, cualquier alto cargo o alto funcionario constata que estas empresas, al igual que las farmacéuticas, disponen de una capacidad de información mucho mayor que la propia administración y que sus contactos en los distintos niveles de gobierno les permiten disponer con anticipación de las agendas y la documentación de reuniones clave. Por ejemplo, un alto funcionario que participa en un grupo de la Unión Europea



sobre políticas de reducción el consumo de alcohol puede constatar como el representante de la industria alcoholera que contacta con él le hace saber que conoce por anticipado toda la documentación y que sabrá todo lo tratado en la reunión. La información puede haberla obtenido de otro ministerio que no le da tanta importancia a la cuestión (Exteriores) o de otras fuentes, incluidas el mismo Ministerio de Sanidad. Resulta paradójica para algunos entrevistados la oposición de muchos responsables políticos a que el contenido de algunas reuniones se haga público o la demora deliberada en la que las actas de estas reuniones se conozcan en comparación con la inmediatez con la que los agentes económicos acceden a toda la información a través de los propios participantes. Por ejemplo, cuando en la Comisión de Salud Pública (reunión de todos los directores de salud pública de España) se trataba un asunto de vacunas, las empresas concernidas sabían de inmediato el resultado de la reunión y las intervenciones de cada director general a favor o en contra de una determinada decisión. Es más, se ha dado el caso de que han llamado a algún director para reprocharle su postura.

Los entrevistados más cercanos a los gabinetes ministeriales relataban como las industrias más poderosas del sector trazaban desde el mismo nombramiento de la persona que ocupaba el cargo de Ministro de Sanidad una estrategia para vincular algunas actuaciones –aunque fuesen de carácter mediático- del Ministerio con sus empresas. Las acciones y el grado de presión llegaban en algunos casos a ser inconvenientes. En ocasiones era simplemente conseguir que aceptara un ofrecimiento, como usar un avión privado de la empresa para que pudiera cuadrar la agenda y asistir a un congreso médico. No es raro que las personas del gabinete reciban regalos y ventajas de todo tipo.

Merece subrayarse que los partidos políticos no eran muy activos en defender sus posturas en política de salud, sin embargo algunos diputados y algún partido necesario para la gobernabilidad sí se mostraban muy activos en defensa de una amplia gama de intereses específicos, desde incluir la subvención a una asociación altruista hasta defender posiciones de empresas concretas (farmacéuticas, tabaqueras, alcoholeras, químicas, etc.)

<b>Tabla 4. Influencias ejercidas en el ámbito de la política de salud por empresas relacionadas directa o indirectamente con la salud que pueden calificarse de indebidas* .</b>	
<b>Actores diana de influencia</b>	<b>Ejemplos de tipos de influencia extraídos de las afirmaciones de los entrevistados (la redacción se ha adaptado para sintetizarla)</b>
<p>Altas instancias del Estado y del Gobierno. Ministro o altos cargos de Sanidad. Ministros y altos cargos de otros ministerios.</p> <p>Instituciones Públicas Internacionales (Unión Europea, OMS, etc.)</p> <p>Gobiernos regionales o locales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Captación de las máximas autoridades (por ejemplo ministro) mediante atenciones y regalos a su entorno incluyendo todo el personal del gabinete, para lo que se usan intermediarios cercanos. Se llega, por ejemplo, a ofrecer traslado en avión privado si hay necesidad por agenda.</li> <li>- Una gran empresa de comunicación presionó –llegando a extremos desagradables- al Ministro para que aceptase un desayuno informativo.</li> <li>- Ejercicio de presiones directas sobre altos cargos relacionados con la tramitación de normas que afectan a una empresa concreta.</li> <li>- Propuesta a altos cargos de rentas diferidas mediante puertas giratorias cuando están en el ejercicio de su cargo con propuesta de mecanismos para sortear las normativas de incompatibilidad, más frecuente a la Dirección General de Farmacia dentro de Sanidad. Frecuente también en agricultura, industria o economía. En ocasiones lo único que piden es inacción o bloqueo por medios poco manifiestos.</li> <li>- Presiones a altos cargos para que cambien una decisión mediante amenazas de recurrir a altas instancias del Gobierno.</li> <li>- Presiones mediante el uso de medios de comunicación del ramo denigrando literalmente con ataques personales a altos cargos –incluido ministros - cuyas decisiones no se alinean con las del sector farmacéutico o con empresas concretas (el eje Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y Dirección General de Farmacia es el más citado como ejemplo de que cualquier intento de mejora su funcionamiento eran diana de presión para evitarlo).</li> <li>- Presión para participar en la elección de altos cargos ministeriales, por ejemplo de la Dirección General de Farmacia o la de Agricultura para que cuenten con el visto bueno del sector empresarial concernido.</li> <li>- Toda la información tratada en órganos colegiados sanitarios así como en comisiones de expertos que tengan relevancia, es transmitida de inmediato a las empresas concernidas por algún/nos miembros de estos órganos ya sean estos directores generales, consejeros de sanidad de comunidades autónomas o funcionarios presentes.</li> <li>- La patronal de las máquinas expendedoras de tabaco presionó a las autoridades sanitarias madrileñas y consiguió bloquear la norma para reducir el acceso a menores.</li> <li>- La patronal de tecnologías médicas consiguió que varios consejeros de sanidad fueran</li> </ul>

	<p>beligerantes con una iniciativa ministerial sobre el incremento de evaluación de las tecnologías médicas, simultáneamente alguna prensa especializada financiada por la misma patronal lanzó ataques a los responsables de impulsar la evaluación de tecnologías.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La industria farmacéutica ha financiado asociaciones de pacientes que en ocasiones ha usado como ariete contra la administración.</li> <li>- Una empresa chantajeó al Ministerio de Sanidad durante la pandemia de gripe, con la amenaza de que no aportaría el producto, con el fin de que firmara contratos en los que se eximía a la industria de cualquier responsabilidad sobre potenciales efectos adversos de la una vacuna (no lo consiguió).</li> <li>- Las empresas energéticas, los fabricantes de automóviles y las constructoras de infraestructuras han presionado para evitar algunas políticas de seguridad vial.</li> <li>- Los productores de vino se jactan de haber paralizado una ley por encima de los deseos de una ministra de sanidad.</li> <li>- Las empresas de equipamiento sanitario han conseguido vetar a algunas personas como miembros de un tribunal de un concurso.</li> <li>- Organizaciones filantrópicas enlazadas con grandes corporaciones transnacionales condicionan las políticas de la Organización Mundial de la Salud mediante la financiación y la captación de altos funcionarios.</li> <li>- El Ministerio de Sanidad recibió presiones al preparar las sucesivas leyes de prevención del tabaquismo de empresas ligadas al lujo -cigarros de alto precio- a través de la Embajada Suiza.</li> <li>- Alguna empresa farmacéutica ha intentado sobornar a altos cargos de sanidad.</li> </ul>
Partidos políticos y Parlamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un ministro de Sanidad recibió presión de una empresa farmacéutica española a través de un partido político y cambió una norma que afectaba a un principio activo pues de ello dependía la aprobación de los presupuestos generales del estado.</li> <li>- La industria farmacéutica ha influido en parlamentarios para defender sus posiciones, por ejemplo algunos diputados defendieron fármacos concretos cuando se consideró la supresión de la financiación a una serie de medicamentos.</li> <li>- Las empresas ya no hacen tantos actos mediáticos en el Congreso –por ejemplo medir el estado nutricional de los diputados como pretexto para defender un producto determinado-, ahora es más frecuente que inviten a los diputados a visitar las instalaciones en búsqueda de perfiles influenciables. Las empresas más frecuentadoras del Parlamento en relación con la salud son: las farmacéuticas, las de tecnologías sanitarias, las alimentarias y las de alcohol de baja graduación.</li> <li>- Una forma de influir en el Parlamento es incrustar lobistas no fácilmente detectables</li> </ul>

	<p>entre los comparecientes de una comisión parlamentaria.</p> <p>- Cuando se tramitaba la ley 17/2011, de seguridad alimentaria y nutrición la directora de asuntos científicos y normativos de Coca-Cola (nombrada después por el Gobierno del Sr. Rajoy Directora Ejecutiva de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición) visitó a los grupos parlamentarios para influir.</p>
Agencias y sus expertos.	<p>- Ofrecimiento de rentas diferidas a altos cargos de las agencias mediante el procedimiento de puertas giratorias.</p> <p>- Influencia a expertos que participan en comisiones científicas de agencias relacionadas con la salud, nacionales y europeas mediante captación por invitaciones a participar en consejos de asesoramiento, pagando honorarios por actividades científicas, financiación directa a proyectos, etc. Por ejemplo, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios acota el número de pacientes a los que es aplicable un fármaco oncológico muy caro, para ello usa expertos que en muchas ocasiones reciben honorarios de la industria farmacéutica por diversos mecanismos.</p> <p>- Las empresas han conseguido casos de puertas giratorias llamativas en altas instancias de la Agencia Europea del Medicamento.</p> <p>- En el Comité de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Europea del Medicamento se percibe una presión general, como parte de la cultura de la organización, que consiste en que aunque haya pocos datos es importante el que el producto esté disponible cuanto antes en el mercado. Los aspectos de seguridad se cuidan pero en este aspecto mucho menos los aspectos de eficacia.</p>
Altos funcionarios.	<p>- Hay constancia de que algunos funcionarios actúan favoreciendo a empresas determinadas y han influido en decisiones sobre autorización de genéricos retrasándola de forma que se obtengan beneficios por falta de competencia. Se asume que dentro del Ministerio hay “conseguidores” de la industria que conocen bien los procedimientos y las diana de actuación para ciertas decisiones.</p> <p>- Funcionarios que participan en organismos o foros europeos que toma decisiones sobre políticas de consumo de alcohol han recibido presiones u ofertas para que su posición sea cercana a la empresa productora.</p> <p>- La actuación de los subdirectores es clave en muchas decisiones y la frecuencia con la que se dan las puertas giratorias en este colectivo es muy alta.</p>
- Profesionales sanitarios o científicos que actúan como expertos, centros sanitarios o de investigación y sociedades científicas	<p>- La industria farmacéutica y otras (alimentaria, bebidas, etc.) marcan la agenda del conocimiento financiando un amplio abanico de actividades de las que es difícil estar ajeno.</p> <p>- La industria farmacéutica crea líderes de opinión científicos cuya capacidad de influencia es proporcional al apoyo que le da la compañía que contribuye a su</p>

sanitarias.	<p>liderazgo. .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Algunas empresas alimentarias han conseguido que expertos arrojen con su presencia dictámenes y reclamos de salud atribuibles a productos acerca de los que no hay fundamentos científicos.</li> <li>- Hay sociedades científicas que han participado en campañas de difusión publicitaria de empresas farmacéuticas o alimentarias a cambio de la financiación estable que reciben. La Fundación del Corazón dependiente de la Sociedad Española de Cardiología es un ejemplo.</li> <li>- Las industrias relacionadas con el alcohol crean organismos como el centro de información cerveza y salud (<a href="http://www.cervezaysalud.es/inv_biblioteca.php">http://www.cervezaysalud.es/inv_biblioteca.php</a>) para influir en los medios. Captan a sanitarios y científicos reconocidos que respaldan sus acciones, llegando a intentar poner la cerveza en la pirámide nutricional.</li> <li>- Hay centros universitarios, financiados por empresas, cuyo cometido es realizar acciones que sirvan a quien financia. Su efectividad puede ser muy alta dada su capacidad financiera, acceden a las más altas instituciones del estado, pues entre sus patronos figuran personas de renombre, bien científicos muy conocidos cuyo afán de protagonismo les lleva a participar en estas iniciativas sir reparar mucho es el carácter de la institución, bien a ex altos cargos (de la Unión Europea por ejemplo), ex directivos, rectores, etc. cuya participación es habitual en iniciativas de este carácter. La participación en estas iniciativas siempre tiene incentivos positivos, nunca negativos.</li> <li>- La industria farmacéutica vigila todo el campo de juego. A las personas con reputación no conseguirá comprarlas pero harán todos los esfuerzos posibles por asociar el nombre de la persona destacada a actividades organizadas por la industria ampliando la captación de participantes. Aunque el discurso de la persona prestigiosa pueda no gustarles, saben que estando esa persona se apuntarán a la actividad numerosos clínicos donde podrán contactar con ellos en un entorno y forma que no es posible en el hospital.</li> </ul>
-------------	--

\* La calificación de influencia indebida es circunstancial y debe tomarse de forma aproximada. Dentro de ellas hay algunas que no son ni ilegítimas ni ilegales pero que algunos científicos las califican como indebidas. Su clasificación como tales se hace a efectos de establecer posteriormente criterios y procedimientos para garantizar la independencia.

En el ámbito de la salud, los propios profesionales sanitarios, sus organizaciones y los centros de investigación con ellos relacionados reciben todo tipo de influencias tal como se describe en la tabla 4. Las entrevistas no incluyeron a médicos prescriptores pero sí a responsables de sociedades científicas y se detectó una intención a ir cambiando la situación de la captura de las sociedades médicas por parte de las industrias, aunque debe ser paulatina pues algunas de ellas tienen presupuestos

millonarios financiados en más del 70% por las industrias. Vale la pena destacar como algunos interlocutores nombraron nuevas formas de influencia sutiles que más abajo se detallan.

#### d') Los medios de comunicación.

El estudio sobre las influencias a medios de comunicación resultó incompleto por el hecho de no incluir entre los entrevistados a altos responsables de medios de comunicación generales. Si se incluyó a un director general de un medio especializado, el resto de entrevistados eran redactores o jefes de redacción. En consecuencia, algunas de sus afirmaciones sobre influencias en los niveles altos de los medios se basan en percepciones que ellos mismos califican de altamente verosímiles pero no categóricas. Por otra parte, sólo se entrevistó a periodistas de medios de comunicación escrita que si bien comentaron sus experiencias en otros medios y en cómo se influye, su conocimiento y experiencia es más extensa en medios escritos.

En la tabla 5 se exponen ejemplos ilustrativos del tipo de presiones o influencias experimentadas por los interlocutores entrevistados. La situación y experiencias de los periodistas entrevistados difiere sensiblemente si desarrollan su labor en medios especializados o en medios generales. Los medios especializados están financiados por las industrias relacionadas con los cuidados sanitarios, bien directamente o bien por una extensa publicidad contenida en sus páginas. Aunque sus tiradas no son masivas en comparación con otras publicaciones gratuitas en otros sectores, alcanzan directamente a los profesionales sanitarios por su distribución en los centros sanitarios (hospitales, farmacias, etc.). Como consecuencia, los medios especializados son atractivos para las industrias de productos farmacéuticos y sanitarios ya que a un coste no muy alto tienen una alta incidencia en su público objetivo (hay publicaciones para cada colectivo, incluidos políticos y parlamentarios relacionados con la sanidad). Los diarios de información general por su parte han visto reducida progresivamente la financiación por diversos factores lo que ha determinado la reducción de espacios en algunas secciones, siendo la sección de salud una de las que se ha visto afectada en algunos periódicos de tirada nacional. La reducción ha afectado a la versión en papel, mientras que en las versiones digitales se han ampliado contenidos que en algunos casos se ha debido a la

apertura de secciones completamente financiadas por empresas. Como indicaba uno de los periodistas entrevistados, su periódico tiene secciones sobre distintos problemas de salud que están financiados enteramente por la industria farmacéutica, lo que no significa que influyan directamente en los contenidos pero se aseguran de habrá artículos periódicos sobre la enfermedad para la que acaban de poner en el mercado un nuevo producto que necesariamente será objeto de atención. Según otro entrevistado, la pérdida de ingresos por publicidad podría haber influido en cierto grado de autocensura evitando artículos críticos a productos de algunas empresas, según comentó ha compartido esta percepción con varios periodistas que escriben sobre salud. Otra consecuencia de la falta de medios económicos es la precarización y falta de especialización de los periodistas que se ven obligados a cubrir un amplio abanico de asuntos entre los que la salud es uno más y en espacios de tiempo que impiden una información de calidad lo que determina que por “peso” sean más visibles las noticias sobre salud promovidas por quienes tienen más medios para marcar la agenda mediática en salud. Por “peso” se entiende que en las redacciones se reciben diariamente decenas de convocatorias, comunicados y noticias con potencial de publicación, entre todo lo recibido ocupa un espacio mayoritario lo producido por empresas que tienen gabinetes de prensa.

**Tabla 5. Papel los medios de comunicación generales y especializados en salud en las redes de influencias en política de salud de acuerdo a la visión de periodistas de contenidos en salud. Ejemplos de influencias aportados por los entrevistados (la redacción se ha sintetizado, pero refleja fielmente el contenido).**

- Los periodistas describen que aunque se piense usualmente en industria farmacéutica, se percibe una creciente influencia de las industrias alimentarias y de bebidas, incluidas las de alimentos infantiles. Usan las estrategias habituales para tratar de perfilar las informaciones de los medios.
- Las empresas prestadoras de servicios sanitarios y los centros sanitarios privados agrupados en el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) están adquiriendo protagonismo en la información de los medios de comunicación.
- Es llamativa la falta de independencia de algunas sociedades médicas, por ejemplo las relaciones de pediatras y casas comerciales de alimentación infantil o de cardiólogos con marcas concretas de productos alimenticios son llamativas. A veces han llegado a acuerdos con empresas para que publiciten sus productos con reclamos de saludables y el marchamo de la sociedad científica, a pesar de que no haya evidencias científicas de que el producto publicitado como saludable realmente lo sea. Por ejemplo, la Fundación Española del Corazón (FEC) está publicitando un producto concreto, un suplemento de omega 3, sobre el que no hay ninguna evidencia científica.

- Las empresas relacionadas con la salud organizan encuentros con periodistas –invitación a título personal- previo acuerdo de confidencialidad junto a expertos y representantes de la compañía para debatir sobre la imagen de la empresa y sus productos.
- Las empresas relacionadas con la salud y algunos centros sanitarios y de investigación aportan a los periodistas historias completas incluyendo material audiovisual preparado e interlocutores posibles para completarlas (expertos, pacientes, etc.). De ahí que muchas informaciones parezcan publibreportajes dada la falta de medios para otro tipo de periodismo.
- Los periodistas conocen que diputados del Parlamento Español están más abiertos a influencias de empresas o prestan una atención particular a ciertas asociaciones de pacientes alineadas con el discurso de industrias farmacéuticas.
- Los gabinetes de comunicación de las administraciones públicas están por lo general poco interesados en la comunicación en salud, se interesan más por desactivar ciertas informaciones –listas de espera- y tienden a colaborar poco en informaciones sensibles. En algunos casos concretos –Ministerio de Sanidad del Gobierno Rajoy- la respuesta a las peticiones es muy baja, hay poca respuesta significativa a dudas plantadas y poca colaboración con los medios.
- Un ejemplo de influencia de una empresa de tecnología sanitaria fue la realizada por la compañía alemana que proporcionaba la gestión de la búsqueda de donantes de médula ósea para trasplante. La diana de la influencia era la ONT (Organización Nacional de Trasplantes) procedente de la empresa alemana Deutsche Knochenmarkspenderdatei (DKMS) que trasladó un equipo a España para hacer una campaña de recogida de donantes que choca con la organización establecida en el SNS. Los medios también fueron diana de influencia, recibieron invitaciones para defender la comercialización de la búsqueda de donantes. Algún medio reprodujo los comunicados de la compañía alemana que usó la estrategia de poner a los enfermos en contra de la ONT y el Ministerio. La empresa usó los servicios de un bufete de abogados Faus y Oliver para litigar contra el Ministerio y para influir en los medios (invitaban a comidas a periodistas). El asunto está bien descrito en: [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/01/16/actualidad/1326743070\\_689848.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/01/16/actualidad/1326743070_689848.html)
- Consta que hay reuniones a alto nivel, donde acuden directivos de grandes empresas, altos cargos de medios de comunicación, etc. con motivo de foros de investigación y desarrollo o similares en los que se producen contactos que pueden modificar las agendas informativas. Las influencias no suelen ser directas de un grupo empresarial al periódico, se suelen usar intermediarios.
- En ocasiones las influencias son de carácter muy específico y derivadas de situaciones concretas. Por ejemplo que una persona cercana a las élites del periódico tenga un problema de salud, una enfermedad rara por ejemplo, en ese caso la presión puede ser muy intensa para establecer la agenda informativa.
- Una forma de influir en contenidos es financiar páginas Web del periódico. Al financiar una sección sobre una enfermedad, no es imprescindible dar noticias sobre el producto de interés para el patrocinador, pues se contribuye a situar la enfermedad diana en la agenda y finalmente, no es extraño, que entre las noticias salga el producto simplemente porque hay espacio. Estas secciones suelen tener público cautivo, cada vez más los grupos de pacientes.
- No es frecuente pero alguna vez una industria farmacéutica ha retirado la publicidad porque no le ha gustado la información del periódico.



- Una novedad en la financiación de secciones son las fundaciones de carácter más o menos filantrópico (Fundación Bill y Melinda Gates, fundaciones de compañías energéticas, etc.) que patrocinan temas específicos, se delimita por tanto el terreno informativo en esas secciones.
- Las acciones de hospitalidad con periodistas tienen influencia, por ejemplo largos viajes para la presentación de un producto con un solo día de compromiso. En ocasiones se obliga a un compromiso de informar sobre un fármaco y algunos han aceptado textos ya redactados por las empresas. Ha habido empresas que ha presionado posteriormente para influir en las informaciones ofrecidas.
- Hay percepción de autocensura por las acciones que algunas empresas han llevado a cabo quejándose a los propietarios de los medios de comunicación sobre algunas informaciones de periodistas concretos en el ámbito de la salud lo que podría comprometer la publicidad.
- No consta que haya firmas mercenarias pese a la percepción desde la salud pública que algunos colaboradores pueden tener relaciones con las industrias y ciertamente hay invitaciones muy atractivas. No consta, por ejemplo, que el hecho de que Altadis fuese benefactor de la Real Academia Española haya influido en los numerosos artículos contra la ley de prevención del tabaquismo de conocidos académicos, si bien los articulistas no hacen declaración de interés.
- Sobre el hecho de que se identifique la información sobre ciencia con las ciencias naturales, cabe decir que hay una inercia acusada para que novedades científicas en investigaciones de carácter sociológico, político o económico se incluyan en las páginas específicas de estos temas y no en las de ciencia.
- Una característica destacada de los medios especializados es que la inversión de las empresas resulta eficiente en el sentido siguiente: con muy poca inversión se consiguen resultados apreciables. Las facturas no son muy elevadas a cambio de mucha publicidad que además alcanza a las poblaciones diana.
- Una forma de encauzar la influencia es mediante la aparición de estudios de divulgación o estudios científicos que no existirían de no ser financiados por la industria interesada que de esta forma contribuye a marcar la agenda informativa.
- Los políticos que presionan a un periódico suelen hacerlo en los niveles más altos y eso puede llegar a influir a largo plazo. Tengamos en cuenta que en prensa escrita el periodista sólo controla lo que aparece de su nombre hacia abajo. Si la información se publica, donde sale, si es mencionado en portada, que titular tiene, etc. no es su decisión. Por tanto las influencias en niveles superiores de un medio pueden tener influencia en los contenidos. Hay que considerar que el titular es lo que tiene alcance y a veces se decide muy arriba en la estructura de un medio.

Del texto de las entrevistas pueden extraerse algunas cuestiones que merecen subrayarse. Los periodistas de medios de comunicación generales son críticos con el

papel de las sociedades científicas mientras que los periodistas de medios especializados no las mencionaron. Los reproches se deben a: los acuerdos de sociedades científicas para publicitar artículos concretos de consumo; por la colaboración que prestan a determinadas compañías con motivos de los congresos científicos para que difundan informaciones beneficiosas a sus productos; por el acoso a profesionales médicos que han puesto en evidencia los conflictos de interés de la sociedad científica; actúan como palanca de influencia de las empresas que les financian. En el mismo sentido, varios de los entrevistados apuntaban a que era fácil reconocer la financiación por parte de las industrias a las asociaciones de pacientes.

Respecto a la falta de recursos, se percibe unanimidad sobre que la carencia de medios está afectando a la independencia e imparcialidad de los medios de comunicación. La ausencia de periodistas especializados determina una mayor permeabilidad a quienes quieren influir en la agenda informativa. Las estrategias de clínicas privadas conocidas o de las corporaciones relacionadas con la salud son más efectivas en un entorno en que hay que producir información con rapidez y sin mucha minuciosidad. Las empresas facilitan las imágenes, los expertos o directamente la noticia redactada. Antes los medios generales eran más inmunes que los especializados a las influencias porque se aplicaban ciertas normas (por ejemplo no publicar nombres registrados de medicamentos) pero esta diferencia va diluyéndose. La financiación de medios generales por grupos de interés determina la agenda informativa, de hecho consta que hay periódicos sensibles a incluir temas financiados y a ser permeables a las influencias. En los medios especializados, la influencia es tal que la separación entre información y publicidad es difusa. La diversidad de asuntos abordados se va reduciendo pues a medida que descende la capacidad económica de un medio, más difícil es sacar temas diferentes. Se produce también una pérdida de matices y de calidad en la información. Un mismo periódico puede en un artículo de fondo considerar la posibilidad de que el copago de fármacos tenga algún papel en la sostenibilidad del sistema de salud y al poco tiempo criticar la medida si el partido que la implanta no es de su gusto. Por otra parte aparecen nuevas formas de influencia en periodismo como nuevos formatos tales como suplementos que parecen propios del periódico cuando no lo son, son financiados y editados por personas ajenas.

La cuestión de la autocensura por comprometer la publicidad ha sido mencionada por casi todos los entrevistados de medios de comunicación generales, pues todos tienen experiencia de que se han recibido quejas de compañías por informaciones negativas a sus productos, desde las de bebidas azucaradas hasta compañías farmacéuticas.

Por último y sobre la imparcialidad, varios de los periodistas de medios generales entrevistados sostienen que la garantía de imparcialidad dando voz a las supuestas partes tiende en ocasiones a sobre representar o a otorgar carácter de interlocutor válido a una parte cuando no debería serla. Por ejemplo, sobre alimentos infantiles, los productores de leches maternizadas no deberían tener el mismo peso que expertos independientes.

#### e') Las influencias sutiles.

Del conjunto de las entrevistas, cabe decir que la cuestión de las influencias menos directas no suelen surgir en la conversación a no ser que sea motivado por el entrevistador. Destacan entre ellas, las de los entrevistados de los medios de comunicación que espontáneamente reconocen que están trabajando en un entorno que delimita los temas a los que uno puede dedicarse y las prioridades. Se recogieron afirmaciones como la siguiente: “Una forma de influencia sutil pero poderosa es que los medios siguen la agenda que marca la vorágine diaria y no cuentan con medios suficientes para salir de lo que se denomina el carril. A medida que descende la capacidad económica de un medio, más difícil es sacar temas diferentes. Lo que se denomina el carril se plasma en la agenda de eventos que las grandes agencias envían diariamente a todos los medios. En esta agenda se detallan actos, presentaciones, etc. que se hacen diariamente. Los periódicos grandes no suelen ir a estos actos pero los especializados deben ir pues sus patrocinadores son los mismos que marcan la agenda y quieren que se informe de sus actos”.

El resto de entrevistadores reconocía que el entorno influye de forma implícita en las decisiones, en la capacidad de formular políticas. Por ejemplo, altos cargos sanitarios reconocían que es casi imposible plantear la creación de una agencia técnico científica de salud aunque esté justificada social y económicamente, hay ciertas

directrices de Hacienda que aunque ese mismo departamento no cumple suponen una orientación rotunda. De forma parecida, varios altos cargos explicaban que la inercia es hacia la pasividad. Que en el ámbito político la inacción no está penalizada, más bien incentivada con recomendaciones que asocian la estabilidad en el cargo con pasar desapercibido. De ahí que, según relataban, haya menos posibilidades para la innovación en política y para cambios radicales.

Al ser sugerido por el entrevistador, bastantes de los altos cargos entrevistados, reconocen que su participación en actos se hace más por inercia que de una forma planificada, que no se han planteado si su participación en actos convocados por las empresas relacionadas con la salud tiene algún efecto en sus políticas y consideran que a algunos actos informativos deben ir (particularmente ministros) pues es caso contrario pueden recibir críticas inesperadas del grupo de comunicación convocante. Reconocen así mismo que es más probable que asistan a actos financiados por las industrias dado que la mayoría de actos sanitarios están financiados por ellas y en el curso de la entrevista caen en la cuenta (algunos) de que efectivamente durante su ejercicio como alto cargo han tenido pocas probabilidades de estar expuestos a otras visiones y otras aproximaciones de la política de salud. De la conversación con varios altos cargos sanitarios se deduce que la visión que tenían de los problemas de salud al asumir sus funciones era similar a las definiciones y respuestas comunes a los problemas de salud, es decir a una visión de los problemas de salud más enlazada con las conductas individuales que la visión más sustentada científicamente de que los grandes problemas de salud tienen su origen en las políticas sociales y económicas. Ante preguntas por alternativas de salud pública, recurrían a las de carácter más sanitario del tipo vacunas o detección precoz de la enfermedad. Es preciso señalar que los entrevistados que accedieron a sus cargos tras formación y experiencia en políticas de salud y con una alta solidez técnica tenían una visión integral lo cual no impedía que reconociesen que respecto a la agenda de contactos con actores de la política sanitaria, no la planificaban, únicamente que tendían a excluir a aquellos que claramente habían intentado la presión directa.

Otra forma de presión que puede pasar inadvertida por la forma de plantearla, ciertamente singular, es la que ejerce algunos sectores económicos ante ciertos tipos de regulación. Según algunos interlocutores, algunos sectores económicos ante una futura

norma que entienden como una amenaza a su sector y cuando agotan las posibilidades de bloquearla, tienden a aparecer como colaboradores de la administración indicando la necesidad de reglamentos profusos para asegurar la adecuada implantación. En realidad lo que se busca es que se reglamente todo para después impugnar las normas por imposible cumplimiento. Según dos de los entrevistados, uno de los sectores que lo intentó fue el tabaquero con las normas que afectaba a la etiqueta de sus productos incluyendo advertencias en forma de imágenes (Real Decreto 639/2010 que afecta al etiquetado de los productos del tabaco). El sector químico lo intentó con la trasposición a la legislación española del reglamento REACH (El Reglamento CE nº 1907/2006 de Registro, Evaluación, Autorización y Restricción de sustancias y mezclas químicas).

c) Propuestas de prevención de influencias indebidas.

De los 54 entrevistados, la mayoría (49) hicieron propuestas sobre formas de prevención de las influencias indebidas en la acción de gobierno contestando a la cuarta pregunta abierta. Los que no contestaron no fue por falta de propuestas sino a que o bien por el desarrollo de la entrevista no se llegó a formular la pregunta (1 caso) o bien porque se acercaba el final del tiempo pactado y el entrevistador entendió que era más oportuno no interrumpir el discurso de los temas que se estaban abordando. Hubo heterogeneidad en la extensión de las propuestas y se puede afirmar en términos generales que los que formularon propuestas más detalladas fueron los altos cargos y funcionarios más cercanos a las subsecretarías ministeriales, generalmente con formación en ciencias jurídicas, políticas o en administración pública.

Los términos relacionados con buen gobierno más frecuentemente citados en el conjunto de propuestas fueron: formación (32 menciones), puertas giratorias (24), participación (22), garantías (20), independencia (20), transparencia (18), rendición de cuentas (13), agenda (12), penalización (12), comunicación (12), profesionalización (11), incompatibilidades (9), evaluación (9), conflictos (8), publicidad (8), incentivos (8), imparcialidad (4), corrupción (3), integridad (3).

Las propuestas recogidas se agrupan en apartados aunque algunas puedan ser adscritas a más de uno y hay solapamientos obvios.

a') Políticas sobre altos cargos y funcionarios.

Alrededor del 75% del texto extraído de las entrevistas sobre propuestas de prevención de influencias indebidas concernía a los altos cargos, funcionarios y otros trabajadores públicos en correspondencia con las características de los entrevistados.

Parece haber consenso, a juzgar por las numerosas menciones, sobre la necesidad de formación de los responsables públicos y del conjunto de trabajadores de la administración. De acuerdo a los entrevistados, se requiere formación técnica y en buen gobierno. Sobre capacitación técnica se propone que los cargos directivos tengan una buena formación técnica en los asuntos de su competencia. Al respecto, un comentario muy reiterado fue que se está perdiendo nivel técnico en los altos funcionarios y cargos directivos a expensas de la promoción de directivos y altos funcionarios multitarea. Por ello se recomienda volver a nutrir las administraciones de personal con capacidad técnica específica en lugar de reclutar gestores con escaso conocimiento técnico del área a la que van destinados. Varios interlocutores mencionaron la falta de señales positivas desde la administración al profesionalismo y a incentivar la calidad profesional (discriminación positiva) y recomendaron incentivos a la formación técnica y desarrollo profesional. En el ámbito concreto del Ministerio de Sanidad, se apuntó que debe interrumpirse la pérdida progresiva de la capacidad técnica atribuible a la escasa formación continua y a la pérdida de cuerpos específicos sanitarios en la línea antes mencionada al sustituirlos por funcionarios generalistas poco comprometidos con los objetivos de la salud de la población.

Respecto a la formación en ética y buen gobierno hay prácticamente unanimidad es que debe ser una condición *sine qua non* para acceder a la función pública y para acreditarse de nuevo a lo largo del tiempo. Es más, se mencionó que un grupo diana de la formación en buen gobierno deben ser todos los altos cargos de la Administración. Se incidió en los contenidos de la formación indicando la necesidad de que abarque ética pública, conflictos de interés, capacidad de detección y denuncia de acciones no éticas o directamente de prácticas ilegales, análisis de las estrategias de influencia y su prevención, independencia, defensa del interés general toma de decisiones y los errores e influencias que intervienen. Como complemento a la formación se citó que sólo será

útil si se acompaña de normas que incluyan sanciones adecuadas así como la defensa y protección de los denunciantes. Deben establecerse mecanismos de denuncia de forma que la denuncia no se vuelva contra quien la formula. Esto debe servir también para las influencias directas e indirectas y presiones de todo tipo. Si no hay protección de los funcionarios es difícil que se avance, precisamente ahora los funcionarios son más temerosos. La necesidad de una normativa de protección al denunciante o comunicante se mencionó también en el caso de los profesionales sanitarios que informan de incidentes con daño derivados de la atención sanitaria. Estos incidentes no suponen mala práctica ni llevan asociada sanción a los sanitarios implicados, pero su comunicación permite una mejor evaluación y mejora de la calidad de la atención, pese a ello su documentación es escasa.

Acerca de la formación de los sanitarios se reclama que la administración incremente su apoyo a la formación continua de los profesionales y sobre todo que desarrolle una agenda formativa que se ajuste a las necesidades del sistema de salud y de los problemas de salud de la población. Se añadió que debe desincentivarse la formación no incluida en los planes de formación, que generalmente es un pretexto para fines comerciales. Los interlocutores de la industria no incidieron en cuestiones de formación, excepto un alto cargo de la industria farmacéutica que afirmó que la administración pública era irresponsable por dejación de la formación de los sanitarios, motivo por el cual las industrias se hacía cargo de ella. Entre la formación de los profesionales sanitarios se echa en falta, al igual que se ha mencionado con el funcionariado la formación en ética.

La profesionalización de la administración fue otra de las recomendaciones mencionadas, como mínimo hasta el nivel de subdirector general, estas propuestas se acompañaron por regla general de la necesidad de concursos públicos, de procesos de certificación y recertificación o acreditación. Sobre las propuestas para el reclutamiento de los cargos directivos y del alto funcionariado se recomendó aplicar algunas buenas prácticas aplicadas en algún sector de la administración como Cultura (grandes museos, bibliotecas, etc.). La motivación de cualquier nombramiento y su publicidad es necesaria pero debe acompañarse de procedimientos de selección exigentes con examen de propuestas que permitan una posterior rendición de cuentas. La dependencia de algunos altos cargos de órganos colegiados –en forma de consejos de administración–,

se consideró recomendable e incluso se propone que para cargos de elevado nivel técnico, por ejemplo un comisionado para la salud pública, deberían responder al parlamento para garantizar su independencia.

El apartado de incompatibilidades y puertas giratorias fue destacado por numerosos entrevistados. Hay coincidencia en la necesidad de reforzar la ley de incompatibilidad, de extenderla a subdirectores generales y altos funcionarios (abogados del estado, interventores, etc.) y de garantizar de forma más estricta su cumplimiento asegurando entre otros cambios la independencia de los órganos de control y supervisión actualmente dependiente de la estructura ministerial. Entre las propuestas más concretas se recogieron las siguientes: 1) la ley de incompatibilidades debería tener un plazo más extenso y cambiar la carga de la prueba que debe estar en la empresa contratante: ella debe poder demostrar que el decisor acogido en sus esquemas directivos ni puede ni podrá decidir sobre aspectos relacionados con su pasada gestión; 2) debe evitarse el habitual fraude de ley tanto para evitar puertas giratorias como las incompatibilidades de altos funcionarios (contratar al ex alto cargo en la misma empresa pero con otra nacionalidad, contratarlo en una fundación asociada a la empresa, trasladar a las personas a puestos ficticios de niveles bajos que permiten la compatibilidad concediéndole complementos altos; etc.); 3) la ley de incompatibilidades debe afectar a todos los cargos de libre designación; 4) deben establecerse mecanismos que compensen a la administración por la formación adquirida por parte de los altos funcionarios que después emplean en la empresa privada, aunque las cláusulas económicas podrían ser de difícil implantación debe estudiarse su incorporación; 5) podrían establecerse medidas de transparencia y de otras características que hiciesen menos relevante el fenómeno de las puertas giratorias en el camino de conseguir que la administración sea invulnerable a este fenómeno; 6) introducir medidas para que los Comisarios de la Unión Europea tengan límites de puertas giratorias al menos tan estrictos como el resto del personal. Dos de los interlocutores se mostraron escépticos sobre el control de las puertas giratorias, uno de ellos afirmó que les preocupaba más la incompetencia, mientras que otro insistió en que ese control tiene un coste que hay que asumir si se desea el control estricto.



b') Políticas sobre la calidad de las instituciones.

Como consecuencia del carácter mayoritario de los entrevistados, se puso más énfasis en las administraciones públicas, particularmente la estatal y se hizo más referencia a las instituciones específicas relacionadas con la salud. Se hicieron también algunas propuestas específicas sobre los órganos parlamentarios. En términos generales se echa en falta un compromiso decidido por el buen gobierno. Como ilustración de ello, sirvan las palabras de un entrevistado: “es mucho más fácil que un consejero haga un nuevo hospital innecesario que se dedique con intensidad a mejorar el buen gobierno de su institución impidiendo que todas las buenas medidas (incentivación, productividad, excelencia, calidad, etc.) se perviertan”.

Algún entrevistado sostuvo que la guía de la acción política es el programa del partido político que sustenta el gobierno. Sin embargo, varios entrevistados recomendaron que se establezcan de forma explícita y pública las metas políticas por parte de los gobiernos y un cuadro de mandos claros para su monitorización y evaluación de forma que se evite la tendencia acusada a la “gabinetización” de la política mencionada antes mencionada en la que prima la planificación a golpe de noticias en lugar de la estratégica. En general se recogió con frecuencia una necesidad acuciante de disponer de una mejor evaluación de las políticas y de las instituciones que permita la rendición de cuentas. Se recomendaron acciones tendentes a mejorar la rendición de cuentas de la Comisión Europea por la absoluta explicación actual de las políticas adoptadas y de sus resultados.

Varios entrevistados recomendaron adoptar políticas decididas para garantizar que se cumplan las leyes promulgadas por parte de las administraciones concernidas.

Sobre las administraciones públicas se recogió un amplio abanico de sugerencias. Se constata que el déficit de transparencia es de gran magnitud. Al respecto se mencionaron organismos clave en los que la transparencia está ausente, por ejemplo sobre las actuaciones relacionadas con la fijación del precio de los medicamentos, sobre los datos comparativos de los funcionamientos de los servicios de salud, sobre la publicidad de los pagos que empresas hacen a funcionarios públicos y a parlamentarios, sobre las agendas de los altos cargos, la publicidad de las sesiones de deliberación y decisión, etc. La opinión recogida es que es preferible una ley de transparencia que parta

del principio de que toda información disponible en las administraciones debe ser pública excepto la que se declare secreta o confidencial. Por otra parte, la administración pública debe además exigir transparencia a quienes deseen colaborar con ella, de ahí que puede requerir por ejemplo la declaración de intereses a las asociaciones de pacientes, a las asociaciones científicas y a cualquier organización que desee participar en órganos de consulta o asesoramiento. Estos procedimientos deben acompañarse de mecanismos de sanción que favorezcan el cumplimiento y procedimientos de abstención o exclusión dependiendo del grado de conflicto. Cabe subrayar que no se sugieren sanciones graves, se entiende que bastaría con que las hubiese y se hiciesen efectivas, por ejemplo hacer público y excluir durante un periodo de un procedimiento de consulta quien no haya sido exhaustivo en su declaración de intereses.

En relación con la transparencia, se propuso una actuación normativa que limite la actual política de comunicación de las instituciones de carácter sectorial y de defensa y promoción de máximo responsable político de la institución. Se recomienda una política de comunicación que sirva a los objetivos del interés general, por ejemplo en el campo de la salud debería ser sinérgica con las actuaciones dirigidas a la mejora de la salud de la población.

Del funcionamiento de las administraciones y de los servicios de salud se destacó la necesidad de la redacción de códigos de buen gobierno prescriptivos que incluyan cuestiones de selección de personal como las más arriba escritas, los diversos principios de buen gobierno con minuciosidad y mecanismos de incentivos y sanciones específicas para garantizar el cumplimiento efectivo. Se mencionaron específicamente las Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca que, aún sin casi aplicarse, siguen considerándose un buen instrumento<sup>125</sup>.

Otro asunto apuntado por algunos entrevistados es el referido a la seguridad sobre la integridad e independencia que otorgan algunas actuaciones cuando están bien reglamentadas y protocolizadas de forma que dependen de múltiples funcionarios y en las que las actuaciones de cada cual quedan registradas.

Respecto a los procedimientos de participación, debe mejorarse la calidad democrática mediante la garantía de audiencia a minorías, no a minorías económicas

que de por sí ya consiguen audiencia. Las garantías de participación deben ser más exigentes y deben estar reglamentadas en detalle para dejar menos espacio a la arbitrariedad. Se apuntó que una reglamentación de grupos de interés puede ser positiva, pero que si no garantiza al mismo tiempo una equidad democrática en las capacidades de interlocución acaba creando una desigualdad de participación en la medida de que los grupos organizados o con más recursos tienen mayor acceso a la administración y a sus dirigentes. Es más se sugirió que los registros de encuentros entre actores interesados y altos cargos aumentan la carga burocrática y pueden no ser efectivos – algunos interlocutores indican que es imprescindible disponer de estos registros-. Sería necesario mejorar los procesos de relación con la sociedad potenciando los mecanismos de poder civil, incluso mediante financiación para que haya suficiente capacidad organizativa. Al respecto uno de los periodistas entrevistados mencionó lo siguiente: “En el caso de los políticos, deben romper la campana de cristal que le rodea y acercarse a los ciudadanos. Los políticos de salud, además de acudir sistemáticamente actos en grandes hoteles financiados por empresas interesadas deberían ser capaces de acercarse a los ciudadanos para auscultar la situación real. Tanto a grupos específicos, como médicos internos residentes; enfermeras; expertos independientes, como a la población general. Al igual que un Ministro tiene asesores, podría tener paneles de ciudadanos que incluso podrían ser elegidos por alguna agencia gubernamental especializada en sociología (CIS) para que tuvieran cierta representatividad. Estas actuaciones son más relevantes cuanto más alto es el nivel político, pues a nivel local y reducido es más posible el contacto. Actualmente el político sigue la senda del dinero y por eso es más fácil encontrárselo en el Ritz. Deben habilitarse canales de comunicación fluida con grupos de menos poder y relacionados con las decisiones”.

Algunos foros de participación que reúne a las administraciones públicas y organizaciones civiles carecen de suficiente calidad democrática y son ineficaces como foros para mejorar las políticas y entreverar las políticas de los intereses generales que defienden cada administración. No hay capacidad de interlocución, ni de negociación, sobre todo entre diversos ámbitos de la propia administración. Deberían establecerse procedimientos para mejorar su funcionamiento o sustituirlas por otros mecanismos.

En el ámbito estrictamente sanitario se recomendó reiteradamente la participación de la población de la formulación de actuaciones por la mejora de la calidad y la riqueza de sugerencias.

Un aspecto frecuentemente mencionado por los entrevistados fue la necesidad de una agencia independiente sobre políticas de salud. Debe ser una agencia con un diseño institucional que garantice integridad, independencia e imparcialidad. A su vez debe gestionar adecuadamente el conocimiento con reglas muy transparentes de funcionamiento. Por otra parte, se mencionó que una agencia de salud pública debe tener la capacidad de estar en la vanguardia y adelantarse a los acontecimientos mediante el principio de precaución cuando se trata de evitar exposiciones deletéreas para la salud de la población. En la actualidad las autoridades siguen el principio de alertas tempranas, respuestas tardías. Deben demostrar el daño y mostrar las víctimas, entonces puede procederse a una política preventiva.

De forma llamativa los interlocutores de empresas farmacéuticas defendieron una regulación estricta y un campo de juego institucional claro. Según ellas, no hay nada que temer, al revés facilita un marco estable de negociación y planificación.

Al hablar de agencias, surgió con cierta frecuencia la cuestión del adelgazamiento de la administración. Aunque hay discrepancias sobre si es necesaria o no, cabe señalar una intervención que señaló que desde luego no deben reducirse las unidades de garantía, de regulación, de supervisión. Esto podría ser compatible con que la administración debería centrar sus esfuerzos en "hacer hacer" y no tanto en "hacer". Esto supone primar los niveles altos de cualificación e independencia política -para eso se crearon los (altos) funcionarios-, y reducir/reconvertir/ descentralizar todas las capacidades técnicas y de gestión en proveedores expertos (públicos y privados). Las distintas sugerencias coincidían precisamente en la necesidad de reforzar los cuerpos y acciones nucleares de la administración, por ejemplo las de inspección en lugar de reducirlas

Se sugirió la necesidad de la continuidad de políticas, es decir, que no se den bandazos en decisiones públicas sobre asuntos sobre los que la población y los profesionales concernidos espera cierta estabilidad en el tiempo, como puede ser el caso de los sistemas de información, las políticas de promoción de la salud, el

calendario de vacunación, la política de calidad en los servicios sanitarios o la financiación de determinados fármacos, pero no se recogieron propuestas sobre cómo garantizar la continuidad de las estrategias de actuación. En particular sobre las políticas de salud pública un interlocutor afirmó lo siguiente: “La salud pública tiene dificultades en entrar en la agenda, se pierde en la coyuntura política diaria, el hecho de que dependa de los ciclos electorales no le favorece. Debería tener planes distintos a estos ciclos, más extensos y que se pudiese elogiar a los responsables de los éxitos al tiempo que se evita la búsqueda de resultados a corto plazo. Hay formas de elogio a quien decide y actúa en las causas subyacentes de los problemas buscando el beneficio a largo plazo, por ejemplo poniéndole su nombre a una ley o a una política. Cabe profundizar en las formas de reconocimiento de las políticas que efectivamente buscan los mejores rendimientos sociales y no el impacto electoral inmediato”.

Sobre la acción exterior en política de salud –se mencionó que no es mejor en otros ámbitos- se recomendó una mayor fortaleza de la posición de España contando con expertos adecuados, recurriendo al conjunto del estado del que forman parte los funcionarios de las comunidades autónomas y un mayor compromiso político, estableciendo objetivos y periódica rendición de cuentas.

En relación con las instituciones parlamentarias, se plantearon cuestiones sobre su funcionamiento interno y sobre su relación con el Gobierno. Se sugirió que debe modificarse el reglamento del Parlamento para facilitar las comisiones de estudio y para regular las declaraciones de interés de los comparecientes. Al respecto se podría evitar que se usen las comparecencias para darle voz a los lobistas. Facilitar las comisiones de estudio y otras medidas permitiría un Parlamento que no estuviese vinculado exclusivamente a la coyuntura política. Se echa en falta un mayor seguimiento de la actividad legislativa de forma que sea trazable de forma exhaustiva y que cualquier intervención deje huella de forma que pueda identificarse a los autores de las propuestas y las razones esgrimidas. Se consideró que la comunicación pública de los parlamentos (incluido el europeo) es muy escasa, aunque por otra parte el interés de los medios por las actividades parlamentarias se ha reducido al mínimo. Deben evitarse las restricciones que pone al gobierno a la comparecencia de altos cargos en el Parlamento y que se aumentase la capacidad de pedir la rendición de cuentas de las políticas, al respecto debería de haber una normativa que forzara las comparecencias y que el

responsable de relaciones con las cortes fuese sancionado o en su defecto el responsable del gobierno que impide la rendición de cuentas. Debe aumentarse sin casi límites la transparencia de los Parlamentos, entre otros la creación y difusión de un registro de las entrevistas y relaciones entre responsables políticos, parlamentarios y actores interesados. Deben establecerse medidas de rendición de cuentas de los parlamentarios, es una pérdida de tiempo el procedimiento de hacer preguntas mecánicamente al gobierno correspondiente o a la Comisión Europea sólo por cumplir objetivos sin que haya un mecanismo para un mejor control real de las tareas de los parlamentarios. Es inaceptable la opacidad de las relaciones con actores interesados. Este control es imprescindible, según un interlocutor en el Parlamento Europeo hay parlamentarios muy activos y serios pero también hay verdaderos delincuentes.

No hubo muchas menciones a los partidos políticos. Se recomendó revisar las formas de organización política para incentivar la excelencia. No como ahora que parece que la excelencia es sospechosa y se prefiere tener altos cargos sin criterio propio lo que supone una grave dificultad para la organización.

#### c') Recomendaciones sobre los medios de comunicación.

Los periodistas entrevistados indicaron algunas recomendaciones para mejorar la actuación de los medios. Como asunto general que comentó la necesidad de mejorar la calidad de la información y del tratamiento de los asuntos expuestos. Sin embargo, se constata que se camina en dirección contraria. Hay cuestiones difíciles de solucionar cuando es el propio periodista el que recibe con sorpresa que la afirmación de que la reducción del número de camas es indicador de buena gestión o que muchos medios alaban políticas como la de construir numerosos hospitales o incluir en la prestación de servicios intervenciones de bajo coste oportuna pero populares (entre los políticos sobre todo).

De forma más concreta se recogieron las recomendaciones que se resumen a continuación: la redacción de un código para periodistas aplicable por todos los medios de comunicación; redacción de un código de conducta de las empresas de comunicación

que entre otros asuntos se comprometan a ser transparentes sobre la financiación de contenidos; publicar la declaración de intereses de los articulistas en la Web del periódico –mediante un icono contiguo al nombre que enlace con la declaración- ; debería crearse un observatorio de independencia de los medios de comunicación que además facilitase la formación de periodistas en cuestiones de ética e integridad profesional y que tuviese capacidad sancionadora; las asociaciones de prensa deben cambiar para ser más activas en defensa de la profesión; sería adecuado un marco legal para el periodismo que recogiese las propuestas anteriores.

Casi todos los entrevistados procedentes de medios generales eran pesimistas sobre la independencia y la independencia futura de los medios de comunicación. Ejemplos como que la propiedad de los medios impidió que se llevase a la práctica la negativa de acudir a ruedas de prensa sin preguntas es un ejemplo en esta línea pesimista.

## 2. CAPTURA CULTURAL: LA CAPTURA DE LA CIENCIA SOBRE COLABORACIONES PÚBLICO PRIVADAS EN SALUD PÚBLICA.

### A) Objetivos.

Como se enuncia en la introducción, el segundo estudio tiene por objetivo describir las opiniones vertidas en las revistas científicas sobre las colaboraciones público-privadas en salud pública y analizar las relaciones entre los autores que emiten opiniones favorables o desfavorables sobre estas colaboraciones con las corporaciones que se implican en estas actuaciones. Más en concreto se pretende determinar si los autores de editoriales o comentarios editoriales sobre las colaboraciones público-privadas en salud pública publicados en las revistas científicas relacionadas con la salud tienen o no conflictos de interés. Entendemos por conflicto de interés una relación directa o indirecta entre el autor y alguna corporación involucrada en este tipo de colaboraciones. A efectos de este estudio, se usó la definición de colaboración público-privada empleada por Naciones Unidas<sup>126</sup>: “relación colaborativa voluntaria entre varias partes, estatales y no estatales en la que los participantes acuerdan trabajar juntos para alcanzar un propósito común o para ejecutar una determinada tarea compartiendo riesgos, responsabilidades, recursos, competencias y beneficios”. Sin embargo, dado que el término colaboración público-privada en política de salud se ha usado para definir múltiples formas de interacción que implican a múltiples actores y metas, cabe precisar que la investigación se circunscribe a aquellos acuerdos cuyo objetivo es la promoción de la salud, es decir, el proceso que capacita a los ciudadanos a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla.

### B) Metodología.

El estudio se llevó a cabo mediante una revisión sistemática de la literatura científica. Se identificaron los artículos de opinión sobre colaboraciones público-privadas diseñadas para promover la salud a través de colaboraciones entre gobiernos y aquellas industrias cuyos productos están relacionados con la enfermedad, por ejemplo



una compañía productora de bebidas alcohólicas. Se incluyeron todos los artículos sobre colaboraciones público-privadas para promover la salud en las que uno de los actores fuese un gobierno y el otro una industria independientemente de que hubiese otros actores, tales como Organizaciones no gubernamentales. Se excluyeron aquellas colaboraciones público-privadas cuyos objetivos fuesen la provisión de servicios asistenciales clínicos curativos o preventivos, la investigación, o el desarrollo y distribución de productos tales como medicinas.

La búsqueda sistemática se realizó a través de PubMed (plataforma de búsqueda estadounidense de carácter público que permite una revisión rápida de todas las revistas científicas mundiales relevantes en el campo de la salud) en MEDLINE. Se usaron palabras clave extraídas de artículos seminales sobre colaboraciones público-privadas. En la figura 1 se muestra el diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica, las palabras clave empleadas y las cadenas de búsqueda.

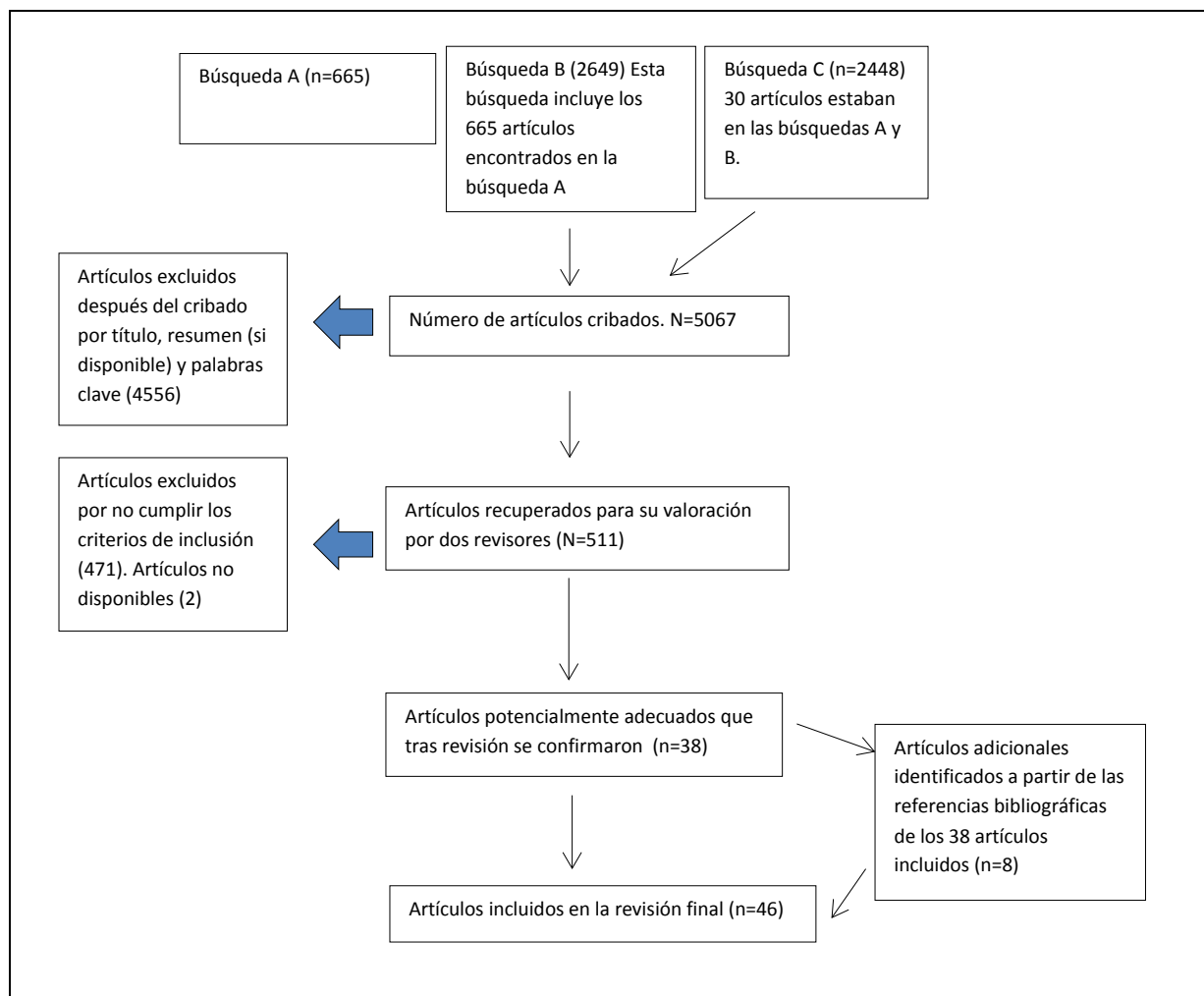


Figura 2. Diagrama de flujo que muestra el proceso de identificación y cribado de los artículos para su inclusión en la investigación. Búsqueda A: ('Public Health' [All Fields] OR 'Health Promotion' [All Fields]) AND ('Public-Private Sector Partnerships' [All Fields] OR ('public-private sector partnerships' [MeSH Terms] OR ('public-private' [All Fields] AND 'sector' [All Fields] AND 'partnerships' [All Fields]) OR 'public-private sector partnerships' [All Fields] OR ('public' [All Fields] AND 'private' [All Fields] AND 'partnerships' [All Fields]) OR 'public private partnerships' [All Fields])). Búsqueda B: public private partnership OR public private partnerships. Búsqueda C: ('Public Health' [All Fields] OR 'Health Promotion' [All Fields]) AND ('Alcoholic Beverages' [All Fields] OR 'Public-Private Sector Partnerships' [All Fields] OR 'Public Private Partnerships' [All Fields] OR ('chronic disease' [MeSH Terms] OR ('chronic' [All Fields] AND 'disease' [All Fields]) OR 'chronic disease' [All Fields]) OR 'Food Industry' [All Fields] OR 'Private Sector' [All Fields] OR 'Public Sector' [All Fields] OR 'Motor Activity' [All Fields] OR 'World Health' [All Fields] OR 'global health' [mh] OR 'Tobacco Industry' [All Fields] OR 'Public Policy' [All Fields]) AND (Editorial[ptyp] OR Comment[ptyp]) AND (Comment[ptyp] OR Editorial[ptyp])).

En un primer paso encontramos 665 documentos que se revisaron a fin de refinar los criterios de inclusión y para detectar inconsistencias entre los observadores en la clasificación de los artículos<sup>a</sup>. Una de las complicaciones encontradas consistió en determinar si el artículo se refería a colaboraciones en promoción de la salud o a otro campo y si el actor privado estaba relacionado con las causas de la enfermedad. En algunos casos, los artículos mencionaban la promoción de la salud pero de hecho se referían a la provisión de asistencia sanitaria o actividades preventivas en la clínica. Por otra parte, algunas industrias estaban relacionadas con las causas de enfermedades a través de sus externalidades negativas, es decir, el coste impuesto por las industrias en terceras partes, es el caso de los costes sanitarios en la población causada por los disruptores endocrinos derivados de la industria química o los costes sanitarios de la contaminación originada por los combustibles fósiles. Después de la búsqueda preliminar y la revisión, decidimos revisar los criterios e incluir documentos que fuesen artículos de opinión sobre colaboraciones público-privadas (comentarios, editoriales, puntos de vista, etc.) en los que una de las partes fuese la administración pública y la parte privada cualquier compañía relacionada con la enfermedad que la colaboración trata de prevenir, tales como productores de bebidas azucaradas, alimentos con alto contenidos en ácidos grasos trans-insaturados. Las industrias relacionadas con la enfermedad por sus externalidades negativas fueron excluidas. También se excluyeron los artículos sobre investigación, cooperación al desarrollo, servicios asistenciales y servicios clínicos preventivos. No se incluyeron artículos que examinaban relaciones entre la administración pública o las industrias con Organizaciones no gubernamentales porque se entiende que mientras una colaboración entre la administración y las industrias pueden suponer una captura regulatoria o de cualquier otro cariz, las colaboraciones entre las industrias y las Organizaciones no gubernamentales no tienen ese tipo de riesgo, al menos directamente. De la misma forma las colaboraciones entre las administraciones públicas y las Organizaciones no gubernamentales tampoco entrañan riesgos directos. Sin embargo sí incluimos cualquier colaboración en la que estuviesen Organizaciones no gubernamentales siempre que en la colaboración participase la administración pública y al menos una industria de las características antes mencionadas.

---

<sup>a</sup> Este trabajo se realizó en colaboración con Gustavo Zaragoza

En un segundo paso y para garantizar la máxima capacidad de detección de la búsqueda, realizamos una búsqueda simple usando los términos ‘public private partnership or public private partnerships’ (figura 2) que dio lugar a 2.649 documentos. Dado que algunos artículos conocidos sobre el particular no eran detectados en esta búsqueda, adoptamos una nueva estrategia usando términos de los artículos no detectados en la búsqueda previa y encontramos 2.418 documentos adicionales. Después de un cribado en el que se leyó el título, las palabras clave, el resumen si estaba disponible y el texto completo en caso de duda, seleccionamos 38 artículos. Finalmente, completamos la búsqueda revisando las referencias bibliográficas de los 38 artículos seleccionados lo que aportó 29 documentos potenciales de los que 9 cumplían los criterios de inclusión. Por tanto, el número de artículos revisados fue de 47 (las referencias se exponen en el anexo I). La búsqueda se realizó en junio de 2015. Se excluyeron dos artículos por no estar disponibles.

Las características obtenidas de los artículos estudiados fueron: la posición del artículo sobre las colaboraciones público-privadas (muy de acuerdo; de acuerdo; neutral; en desacuerdo; y muy en desacuerdo); el texto completo en base al que los autores adoptaban su posición; las condiciones para involucrarse en colaboraciones si se indicaban; la declaración sobre conflictos de interés y la afiliación de los autores. Para determinar si los autores tenían relaciones con corporaciones implicadas en colaboraciones público-privadas ya sea directamente o mediante cualquier otra forma de colaboración usamos la afiliación declarada por el autor en el artículo, la declaración de conflictos de interés y finalmente realizamos una búsqueda intensa mediante Google. El análisis inicial de los artículos se hizo por dos personas de forma enmascarada y hubo acuerdo en 6, después de alcanzar un consenso sobre la valoración de las variables principales se realizó un nuevo análisis de forma independiente de 12 artículos en el que se alcanzó un acuerdo en 9 artículos por lo que decidimos realizar el análisis completo por cada uno de los observadores y alcanzar consensos donde hubiese discrepancias. El consenso se alcanzó de forma fácil en todos los casos, pues los desacuerdos en el análisis se debían en general a no haber advertido algún texto clave del artículo o no haber interpretado adecuadamente alguna frase.

### C) Resultados

Cuarenta y seis editoriales o comentarios en revistas científicas adoptaban posiciones argumentadas a favor o en contra de las colaboraciones público-privadas en promoción de la salud. Veintitrés artículos (50%) se centraban en la promoción de la alimentación saludable; 8 (17%) trataban sobre el uso del alcohol; y 15 (32%) se referían a colaboraciones que consideraban la promoción de la salud en términos generales. De las 28 revistas que contenían los artículos analizados, 7 estaban publicados en *Addiction*, 5 en *SCS News* y 3 en *PLoS Medicine*. El resto de revistas, pertenecientes en su mayoría a los campos de la salud pública y la nutrición, publicaron entre 1 y 2.

Uno de los 46 artículos se consideró neutral, 21 (45,6%) eran partidarios de las colaboraciones público-privadas para promover la salud y de ellos 16 eran firmes defensores de estas colaboraciones. De los 24 artículos (51,1%) que no recomendaban las colaboraciones, 21 estaban muy en desacuerdo con ellas.

La mayoría de los artículos (19, 41%) fueron publicados en revistas de salud pública, de los cuales 10 estaban a favor de las colaboraciones. De los 11 artículos publicados en revistas de nutrición, o apoyaban las colaboraciones. En el campo del abuso de sustancias, cinco artículos de siete estaban en contra de las colaboraciones público-privadas. Los artículos publicados en revistas generales de medicina se posicionaron mayoritariamente en contra (cinco de seis).

Tal como esperábamos, hubo diferencias en las relaciones de los autores con las colaboraciones. Entre los partidarios, 13 (62%) habían trabajado o trabajaban en una colaboración público-privada, mientras que entre los críticos sólo 6 (25%). No había declaración de intereses en 20 artículos (43%), y no había diferencia en esta variable entre partidarios (9-43%) y críticos (10-42%). Cuando había declaración de intereses (26 artículos), la ausencia de conflictos fue reconocida o probada en 14 (54%); con una diferencia entre defensores y críticos de las colaboraciones (17% frente al 86%).

Las razones principales para defender las colaboraciones pueden categorizarse de la siguiente forma (tabla 6): los retos de salud pública son de tal magnitud que no el sector público ni el privado pueden afrontarlos por su cuenta; 2) la calidad de las acciones en salud públicas o privadas aumentan mediante las colaboraciones; 3) las

colaboraciones público-privadas contribuyen a poner la salud en la agenda de los sectores no sanitarios; 4) las colaboraciones son un buen instrumento para la autorregulación; y, 5) las colaboraciones estimulan la producción e productos saludables por parte de las industrias.

Tabla 6. Ventajas de las colaboraciones público-privadas de acuerdo a las sugerencias de los autores partidarios de esta estrategia.

Tipo de argumentos	Citas textuales de los artículos revisados*
Las amenazas a la salud pública no pueden ser abordadas por los gobiernos en solitario	<p>- Teniendo en cuenta la gravedad creciente de problemas tales como la obesidad infantil y el incremento en los costes sanitarios, ni el sector privado ni el público pueden abordar el asunto en solitario y deben hacerlo conjuntamente.</p> <p>- La Organización Mundial de la Salud (OMS) no puede abordar las inmensas amenazas a la salud –tales como la pobreza- únicamente mediante los servicios sanitarios. Requiere colaboraciones robustas entre instituciones públicas, la sociedad civil y el sector privado para hacer que la salud sea un asunto de todos. Una función esencial y dominante de la OMS en el futuro debe ser la actuación como iniciador, catalizador o agente de colaboraciones en salud.</p> <p>- Las agencias de salud pública raramente disponen de los recursos necesarios para implantar programas integrales que aborden los principales problemas de salud. Corren el riesgo de convertirse en agencias irrelevantes en luchar contra las principales causas de morbilidad y discapacidad si no se involucran con el sector privado para reducir el creciente déficit de recursos.</p> <p>- Las colaboraciones efectivas se derivan de: 1) compartir ideas sobre recursos financieros o intelectuales, capacidad de abogacía, y habilidades especializadas; 2) acceso a los sistemas de distribución; 3) una coordinación que evite duplicidades; 4) un acceso a las perspectivas de los clientes; 5) alcanzar poblaciones para implantar actividades de alto riesgo a gran escala que ninguno de los actores puede hacer por su cuenta.</p> <p>-Las siguientes tendencias subrayan la necesidad de colaborar con el sector privado: 1) la salud pública se ha convertido en un asunto capital; 2) en el futuro habrá menos recursos económicos para los programas de salud pública; y 3) hay un aumento en la necesidad de trabajadores de salud pública pero una menor disponibilidad de trabajadores.</p>
Las colaboraciones público-privadas enriquecen la capacidad, calidad y alcance de los servicios de salud pública. Las industrias se pueden beneficiar de la pericia de los servicios de salud pública.	<p>- Las iniciativas sobre estilos de vida Saludables financiados por la industria, aportan abundantes recursos, múltiples capacidades y tienen la capacidad de alcanzar millones de consumidores a través de diversas plataformas de marketing y comunicación.</p> <p>- El sector privado aporta datos importantes y de alta calidad sobre prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad y sobre las conductas de los consumidores.</p> <p>- El énfasis de las industrias en la responsabilidad personal los sitúa en un aposición propicia para promover conductas responsables.</p> <p>- La industria puede permitir que sus vastos recursos de distribución sean usados para repartir no sólo bebidas alcohólicas sino también condones y material educativos a los establecimientos de hostelería que abastecen; justo en el punto de mayor vulnerabilidad</p>

	<p>a la infección debido al uso del alcohol.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La colaboración con las empresas puede potencialmente abordar costes específicos y retos de inversión; mejorar la calidad y eficiencia de la distribución de servicios mediante sistemas sofisticados de distribución; y aportar al sector público actores interesados y ONG con acceso a recursos financieros y en especie, redes de influentes, pericia comunicativa y transferencia tecnológica.</li> <li>- Las colaboraciones público-privadas aportan nuevas oportunidades para la creación e salud y para diseminar mensajes de salud.</li> <li>- Las colaboraciones público-privadas aportan corporaciones que tienen la oportunidad de beneficiarse de la experiencia de los servicios de salud pública en mejorar la salud de sus empleados.</li> </ul>
Las colaboraciones público-privadas ayudan a poner la salud en todas las políticas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poniendo la salud en la agenda de otros actores/sectores, el sector salud puede incrementar significativamente el impulso social para la mejora de la salud.</li> <li>- Las colaboraciones público-privadas facilitan una responsabilidad sobre la salud extendida en toda la sociedad y han añadido una nueva dimensión a la acción intersectorial para la salud.</li> <li>- Las colaboraciones público-privadas trabajan con sectores públicos y privados, aportando nuevos actores e integrando soluciones a lo ancho de todos los sectores implicados en asuntos particulares de salud.</li> <li>- La iniciativa privada, desde una amplia variedad de sectores crea empleo, genera ingresos, produce una vasta selección de bienes y servicios, y, de esta forma, es también crucial para una seguridad alimentaria sostenible a largo plazo.</li> </ul>
Las colaboraciones público-privadas facilitan la autorregulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las compañías y los gobiernos pueden trabajar juntos en el seguimiento de los códigos de autocontrol y abordar las presuntas violaciones.</li> <li>- Las colaboraciones entre el gobierno y la industria tienen el potencial de incentivar la eficacia de la autorregulación de la industria.</li> <li>- Las colaboraciones público-privadas permiten al gobierno y a la industria valorar las necesidades mutuas y crear confianza mutua que puede fomentar el desarrollo de los códigos de “mejores prácticas” de producción y marketing.</li> <li>- Las colaboraciones público-privadas pueden crear valores compartidos de ética empresarial que puede aportar oportunidades a las compañías su impacto en la nutrición de la población a través de las acciones nucleares de la empresa.</li> </ul>
Reducción de productos insalubres y mejora de la calidad de los productos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las colaboraciones público-privadas promueven modelos de negocio sostenibles que permiten la innovación de un diseño y contenido de los productos más saludable.</li> <li>- Las agencias gubernamentales pueden ayudar a las compañías aumentando las ventas de productos de sustitución que mitigue los efectos económicos de cumplir con las recomendaciones.</li> </ul>

\* Algunas citas han sido abreviadas para facilitar su inclusión en la tabla.

Lo autores críticos por su parte aportan las siguientes razones (tabla 7): los beneficios derivados de productos o servicios insalubres son irreconciliables con la salud pública por los inevitables conflictos de interés; 2) las colaboraciones público-

privadas confieren legitimidad a las industrias que producen artículos no saludables; 3) se produce captura regulatoria; 4) se falta al principio de precaución ante la ausencia de evidencias científicas en favor de las colaboraciones; y, 5) los objetivos de las colaboraciones son contradictorios con los de la salud pública.

Tabla 7. Argumentos principales en contra de las colaboraciones público-privadas sugeridos por los autores críticos con esta estrategia.

Tipo de argumentos	Citas textuales de los artículos revisados*
Las alianzas entre la salud pública y el sector privado cuyos productos o servicios son insalubres tienen conflictos de interés inherentes que no pueden ser evitados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dado que el incremento de beneficios es la meta primaria de las corporaciones, la autorregulación y el trabajo desde dentro están condenados al fracaso.</li> <li>- Las colaboraciones con las industrias alimentarias y otras son análogas a las colaboraciones infructuosas en el pasado con la industria del tabaco.</li> <li>- Es improbable que las medidas de promoción de la salud sean exitosas mediante colaboraciones entre la industria y la salud pública cuando el objetivo de la salud pública es reducir el consumo de los productos que la industria manufactura o distribuye.</li> <li>- La industria alimentaria, como todas las industrias, sigue ciertas reglas: debe defender sus actuaciones principales frente a cualquier amenaza, producir beneficios a corto plazo, y al hacerlo, vender más alimentos. Si para ello se distorsiona la ciencia, se crean grupos de presión, se comprometen científicos, organizaciones profesionales y grupos comunitarios con contribuciones, se bloquean las políticas de salud pública necesarias en beneficio de sus metas, o se involucra en otras tácticas del “manual de instrucciones corporativo”, eso es lo que hay que hacer para proteger el negocio como de costumbre.</li> </ul>
La colaboración en promoción de la salud confiere legitimidad y credibilidad a industrias que producen productos relacionados con la enfermedad. Las colaboraciones público-privadas pueden dañar la credibilidad de las instituciones de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los riesgos que entraña desarrollar colaboraciones con el sector corporativo son también considerables. Incluyen la posibilidad de que: a) la reputación de la OMS sea usada para vender bienes y servicios en beneficio de las corporaciones, manchando así la reputación de la OMS como titular de valores de salud; b) el juicio de la OMS sobre un producto particular, servicio o práctica corporativa puede comprometerse por el apoyo financiero aportado por la compañía o industria implicada; y c) la implicación de la OMS con una industria o compañía se percibe como la aceptación de productos, servicios o prácticas insalubres.</li> <li>- Hay un efecto de transferencia de imagen real o potencial en las conexiones de las industrias con científicos y organizaciones de salud pública reputados.</li> <li>- Debe declararse una moratoria en cualquier diálogo adicional con la industria hasta que los científicos sobre el alcohol y la comunidad de salud pública pueda consensuar sobre cuáles son sus legítimos intereses y sobre como impedir que se comprometa nuestra bien ganada integridad.</li> <li>- Para la industria alimentaria, las colaboraciones son organizaciones benéficas de salud u organizaciones del sector sanitarios es atractiva. Ella compra la credibilidad de las corporaciones, liga las marcas a las emociones positivas atribuidas a las organizaciones con quien colabora y ayuda a comprar la lealtad de los consumidores.</li> <li>- Las colaboraciones público-privadas permiten que la industria alimentaria sostenga que</li> </ul>



	<p>ellos son parte de una “solución” para un problema concreto a través de las propias alianzas así como mediante su financiación. Ser, al menos narrativamente, parte de una solución permite a la industria defenderse de la legislación y el discurso poco amistoso.</p> <p>- Algunos empaquetados de productos sugieren que “solo por el hecho de comprar este producto estás ayudando a niños de África a tener la oportunidad de una vida mejor”.</p>
Las colaboraciones público-privadas capturan las instituciones (Agencias de las Naciones Unidas, Gobiernos, etc.), las agencias reguladoras y la ciencia.	<p>- Las compañías usan la interacción para obtener información política e inteligencia estratégica de mercado a fin de ganar influencia política y ventaja competitiva.</p> <p>- La OMS adolece de una falta de un límite claro en política de conflictos de interés, probablemente por la necesidad financiera que el sector privado aporta y el miedo a que el cumplimiento de las normas cree dudas en los inversores.</p> <p>- Hay riesgo de que los donantes del sector privado distorsionen las prioridades de los gobiernos y las agencias internacionales que reciben fondos. Por ejemplo, el presupuesto central de la OMS está mucho más alineado con la relevancia de los problemas de salud que las contribuciones extra presupuestarias de los donantes, un asunto que las actuales reformas tratan de modificar.</p> <p>- La evidencia sugiere que las estrategias de responsabilidad corporativa están dirigidas a facilitar el acceso al gobierno, captar organizaciones no gubernamentales para que sigan la agenda corporativa, crear confianza en el público y las élites políticas y promover soluciones voluntarias no demostradas frente a la regulación.</p> <p>- Disponemos de considerable evidencias de que las compañías alimentarias y de bebidas alcohólicas usan tácticas similares para debilitar las respuestas de salud pública basadas en fiscalidad y regulación; eso no es sorprendente dado el intercambio de personal, financiación y actividades entre las grandes compañías tabaqueras y las alimentarias. Sin embargo, la respuesta de la gente a las grandes compañías alimentarias es mínima.</p> <p>- Hay una larga historia de abusos de las corporaciones, más reconocida en el caso de la industria del tabaco aunque también progresivamente con las industrias del alcohol, alimentarias y farmacéuticas <sup>18</sup>.</p>
Principio de precaución ante la falta de evidencia	<p>- El principio de precaución es un argumento contra las colaboraciones público-privadas porque no hay pruebas de que la colaboración con las industrias de alimentos y bebidas ultra procesadas o del alcohol sea segura o efectiva, excepto que sea guiada por la amenaza de regulación del gobierno.</p> <p>- Hasta ahora la autorregulación ha fracasado en logran los objetivos establecidos y por el contrario ha servido para crear presiones frente a la regulación pública.</p> <p>- Las pruebas científicas indican que las intervenciones educativas son las menos efectivas para reducir los daños relacionados con el consume de alcohol, y de que los programas educativos financiados por las industrias alcohólicas son inefectivos y potencialmente contra productivos, tal como su contraparte financiada por la industria del tabaco.</p> <p>- A pesar de la frecuente confianza en la autorregulación de la industria y las colaboraciones público-privadas, no hay pruebas de su efectividad y seguridad. La intervención en el mercado y la regulación pública son los únicos mecanismos basados en prueba científicas que pueden prevenir el perjuicio causado por los artículos insalubres de las industrias.</p> <p>- Hay escasa evidencia objetiva de que las colaboraciones público-privadas puedan originar beneficios en salud y muchos en el campo de la salud pública argumentan de que es una táctica dilatoria de las industrias que producen artículos insalubres.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay pruebas sólidas de que el marketing aumenta el consumo de bebidas y alimentos no saludables y de que una prohibición sería una medida muy coste efectiva en luchar contra la obesidad infantil. Sin embargo, la legislación ha sido hasta ahora contrarrestada por una alianza entre la industria y los publicistas, quien en su lugar abogan por establecer colaboraciones con el sector público para promover la actividad física. Las colaboraciones deben estar basadas en pruebas científicas.</li> </ul>
Los objetivos de las colaboraciones público privadas contradicen las prioridades de la salud pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay pruebas de que haya sinergias entre las prioridades de promoción de la salud y las de las compañías. Por ejemplo en el campo de la nutrición, las colaboraciones no persiguen la promoción de los sistemas de alimentación tradicionales, las comidas compartidas y el consumo de productos frescos o mínimamente procesados, al contrario promueven la reformulación y los platos listos para calentar o para consumir y los aperitivos etiquetados como saludables.</li> <li>- Estas alianzas raramente establecen el tipo de colaboración que promueve el mutuo intercambio de ideas, Recursos, experiencia o acceso a poblaciones específicas, tampoco resultan en una abogacía por la salud que beneficie la salud pública.</li> <li>- La industria tiende a deslizar el debate hacia la conducta individual sin tener en cuenta los riesgos poblacionales.</li> </ul>

\* Algunas citas han sido abreviadas para facilitar su inclusión en la tabla.

Independientemente de su posición a favor o en contra, 26 (57%) artículos establecen unos requisitos para garantizar el desenlace positivos de las colaboraciones público-privadas. Algunas de las recomendaciones eran de carácter general y apelaban a la necesidad de controles y equilibrios a fin de alinear los intereses de la industria con los de la salud pública. Otros eran muy claros sobre las condiciones imprescindibles para que las administraciones públicas se involucren en colaboraciones con corporaciones y dos artículos aportaban una explicación muy detallada de los criterios propuestos. Las condiciones para iniciar colaboraciones pueden ser agrupadas de la siguiente forma (tabla 8): 1) principios generales, diseño y gestión; 2) criterios para la selección de actores; y 3) papel de las corporaciones.

Tabla 8. Condiciones para involucrarse en colaboraciones público-privadas propuestas por los autores de los trabajos revisados.

Condiciones	Citas textuales de los artículos revisados*
Principios generales, diseño y	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombrar las colaboraciones como interacciones público-privadas o con otros términos que suponga una menor asunción de valores; identificar</li> </ul>

gestión de las colaboraciones	<p>categorías y subcategorías de la interacción que mejor identifique los conflictos de interés; y, establecer unas políticas y medidas institucionales claras y efectivas que pongan el interés público en el centro de todas las interacciones público-privadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las colaboraciones deben reunir criterios básicos: deben adherirse a los principios fundamentales de la salud pública (derechos humanos, ética y equidad); deben originar beneficios en salud; estos beneficios deben valer la pena en relación al esfuerzo de establecer y mantener la colaboración; deben establecer un sistema de control independiente que asegure que los intereses financieros de la industria se alinean con las metas de la salud pública.</li> <li>- Todos los actores deben adoptar procedimientos de rendición de cuentas sistemáticos y transparentes para gestionar seis retos: equilibrar los intereses comerciales con los de la salud pública; manejar los conflictos de interés y sesgos; asegurar que las actividades relacionadas con la promoción de la marca apoyan productos saludables y entornos para una nutrición saludable; cumplir los códigos éticos de conducta; adoptar la debida diligencia para evaluar la compatibilidad de la colaboración. También hay una necesidad de adoptar mecanismos de responsabilidad que aumenten la transparencia y hagan a las empresas rendir cuentas de sus prácticas de marketing.</li> <li>- Antes de involucrarse en una colaboración hay que hacer una evaluación completa considerando la reducción del riesgo, los enfoques de gestión y su efectividad.</li> <li>- Debe abordarse lo siguiente: clarificar el motivo de colaborar, las razones y objetivos que justifican que instituciones se involucren con el sector privado; evaluar el impacto en salud pública de diversas formas de interacción y diferentes tipos de actividad; valorar el riesgo inherente a las interacciones; identificar áreas en las que abrir el potencial de involucración futura en nutrición saludable y enfermedades no transmisibles y áreas no susceptibles de interacción por la imposibilidad de reducir riesgos; y, proponer recomendaciones para la interacción a todos los niveles.</li> </ul>
Criterios para la selección de potenciales actores para interactuar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La industria implicada debe ser un participante adecuado: a) ¿son los productos y servicios producidos por la industria saludables o perjudiciales?; b) ¿se implica la industria a gran escala en actividades que son dañinas para la salud?; c) ¿reconoce la industria los efectos perjudiciales de algunos de sus productos?</li> <li>- La compañía debe reunir algunos estándares de conducta en: a) la adopción de políticas de seguridad laboral y trabajo saludable en sus centros, particularmente en los países pobres donde operan; b) el compromiso medioambiental de la empresa; c) las prácticas de marketing y publicidad de la empresa; d) la política y práctica de investigación y desarrollo de la compañía; e) el cumplimiento de la regulación y actividades anteriores.</li> </ul>
Papel de las corporaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los gobiernos deben dar prioridad a la regulación de un entorno justo y en igualdad de condiciones</li> <li>- Las corporaciones no deben participar en las decisiones de política. Las industrias de artículos insalubres no deben tener ningún papel en el diseño de las políticas nacionales o internacionales sobre enfermedades no</li> </ul>

	<p>transmisibles.</p> <p>- La involucración legítima de la industria no requiere que las corporaciones dispongan de un lugar preeminente en la toma de decisiones, al revés es preciso que los conflictos de interés sean activamente gestionados en el seno de la política de salud.</p>
--	---

\* Algunas citas han sido abreviadas para facilitar su inclusión en la tabla. .

Por último se valoró si las afirmaciones de los autores estaban basadas en pruebas científicas. Se observa que las referencias a la efectividad de las colaboraciones público-privadas fue la excepción: Solamente 11 (23%) artículos mencionó datos que apoyaban sus argumentos. Las menciones a evidencias científicas solo la hicieron artículos considerados neutrales o contrarios a las colaboraciones (44%). Ninguno de los artículos partidarios de las colaboraciones mencionó evidencia alguna de su efectividad.



### 3. EL PAPEL DE LAS COLABORACIONES PÚBLICO PRIVADAS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

#### **A) Objetivos.**

El tercer estudio tiene por objeto identificar todas las evaluaciones de intervenciones en salud pública realizadas mediante colaboraciones público privadas y publicadas en revistas científicas con el fin de valorar su efectividad en términos de ganancia en salud o de cumplimiento de los objetivos intermedios. El llamamiento realizado por Naciones Unidas a la colaboración con actores no sanitarios incluyendo el sector privado ha estimulado aún más si cabe este tipo de políticas de intervención en salud a pesar de la falta de evidencias sobre su efectividad.

#### **B) Metodología.**

Se estudiaron todos los artículos publicados en revistas de revisión por pares cuyo objetivo principal consistía en evaluar el papel o la efectividad de las colaboraciones público privadas en la promoción de la salud. Se excluyeron las iniciativas dirigidas a la provisión de servicios sanitarios tales como fármacos, vacunas, suplementos nutritivos o cualquier tipo de servicio clínico. También excluimos las relaciones con compañías productoras o distribuidoras de tabaco dado que hay amplio consenso en que no son un interlocutor legítimo en la promoción de la salud. Para ser incluidos en el estudio, las colaboraciones debían tener al menos una parte pública y una privada correspondiente a empresas con ánimo de lucro. Las organizaciones no gubernamentales no se consideraron parte privada y se tuvieron en cuenta como tercera parte en las colaboraciones cuando estaban presentes. Se clasificó cada artículo según si los autores tenían independencia en el proceso de evaluación de la colaboración. Por ejemplo, si alguno de los autores trabajaba directamente en la colaboración se consideraba que no era independiente. Se determinó si las evaluaciones evaluaban el impacto en salud de forma directa (indicadores de salud), indirecta (factores intermedios predisponentes) o sólo evaluaron indicadores de proceso. Por último se clasificó el resultado de la evaluación como positiva, positiva con reparos; semi crítica y crítica.

El procedimiento de artículos se realizó hasta junio de 2016. Se usaron el buscador *PubMed* de *Medline* y se completó con una búsqueda en la *Web of Knowledge* (WOS) incluyendo el *Science Citation Index Expanded* y el *Social Sciences Citation Index*. La cadena de búsqueda fue: ("public private partnerships"[All Fields] OR "public private partnership"[All Fields]) para *PubMed* y (Tema: ("public-private partnership") OR Tema: ("Public-Private Partnerships") AND Tema: (health) para WOS. Refinado por: [excluyendo] Tipos de documento: (editorial material or news item or note or meeting abstract or discussion or proceeding paper or book review or letter or correction) . En total se recuperaron 1517 artículos por *PubMed* y 1.369 por WOS, aunque había un grado alto de solapamiento en las dos bases. Para el cribado de artículos útiles uno de los investigadores revisó todos mediante título y resumen cuando estaba disponible y otro revisaba un bloque de 100 de forma aleatoria comprobando que había alta concordancia. Finalmente fueron seleccionados 14 artículos para análisis en profundidad que se realizó por dos observadores de forma independiente resolviendo las discrepancias por consenso con un tercer observador<sup>b</sup>.

### C) Resultados.

La mayoría de los artículos evaluados valoraron la efectividad de las colaboraciones en el control y prevención de las enfermedades no transmisibles por medio de la acción sobre los factores de riesgo evitando el consumo de alimentos insalubres o aumentando el consumo de fruta y verduras (5 artículos), reduciendo el consumo de alcohol (2 artículos), aumentando la actividad física (1 artículo) o una combinación de estas iniciativas (3 artículos). El resto de artículos se centraron en evaluaciones de colaboraciones en promoción de salud en el ámbito de la prevención y control de la malaria (3 artículos) o de la infección por VIH (un artículo).

Más de la mitad de los artículos eran evaluaciones del denominado *Public Health Responsibility Deal* del Reino Unido (8 de 15, 53%). Todos excepto uno fueron hechos por la *Policy Innovation Research Unit* (<http://www.piru.ac.uk/>), una unidad de investigación independiente basada en la *London School of Hygiene & Tropical Medicine*, fundada por el *Department of Health Policy Research Programme*

---

<sup>b</sup> En este estudio colaboraron Lucy A, Parker y Gustavo Zaragoza.

específicamente para evaluar el *Public Health Responsibility Deal*. Un artículo evaluó una iniciativa similar del gobierno australiano denominado *Food and Health Dialogue*. Dos artículos analizaron iniciativas desarrolladas en Estados Unidos: un programa nacional escolar basado en la iniciativa de Michelle Obama's "*Let's Move!*"; un acción a menor escala llevada a cabo por organizaciones comunitarias en Rhode Island a fin de reducir el precio de los productos frescos en los mercados de áreas de bajo nivel socioeconómico. Todos excepto uno se publicaron después de 2013.

Sobre la evaluación del impacto en salud (excluyendo el *Responsibility Deal*): solo uno de los artículos que trataban sobre malaria incluyó la evaluación sobre efectos de salud en términos de fiebre auto declarada y frecuencia de malaria. Por otra parte en artículo sobre malaria en Malasia de Sanders *et al.* hizo algún intento de analizar el impacto en malaria empleando fuentes de información disponibles. La mayoría de los artículos evalúan cuestiones relacionadas con el proceso. Respecto a indicadores intermedios, de potencial impacto en salud (por ejemplo, uso de mosquiteras para control de malaria, aumento del consumo de frutas y verduras para la prevención de la obesidad), 4 artículos los incluyeron en sus análisis. Solamente el artículo de Sedlmeyr *et al.* efectivamente examinó el uso de mosquiteras, otro artículo sobre malaria evaluó en canje de vales por mosquiteras o las opiniones de los trabajadores sobre el servicio de control de malaria.

En relación con las iniciativas estadounidenses, Harris *et al.* midieron el número de bares de ensaladas instalados a nivel nacional en los colegios, bajo la asunción de que esto llevaría a un mayor consumo de alimentos vegetales (no medido específicamente). Por otra parte la evaluación de "*fresh to you*" midió el impacto en el consumo de frutas y verduras, pero puede considerarse sesgado al ofrecer incentivos a los padres que compraban en los mercados para que completaran los cuestionarios de evaluación y esos padres estaban al tanto de los objetivos de la iniciativa y por tanto contestar en consecuencia. Las otras evaluaciones sólo se basaron en indicadores de proceso y no intentaron considerar el impacto en salud.

Respecto a la independencia de la evaluación, todos los artículos del *Responsibility Deal* fueron valorados por un equipo independiente. En tres casos se consideró que no eran independientes (uno incluyó autores con lazos a la parte privada



de la colaboración y dos tenían numerosos autores directamente implicados en la parte pública de la colaboración.

Tabla 9. Resultados de la evaluación de las colaboraciones público-privadas en promoción de salud según independencia de los autores y carácter del colaborador privado.

	Positiva	Positiva con reparos	Semi crítica	Crítica	Total
<b>Independencia de la evaluación</b>					
No independiente	2	1	0	0	3
Independiente	2	2	2	5	11
<b>Tipo de colaborador privado</b>					
No vector de enfermedad	4	2	0	0	12
Vector de enfermedad	0	1	2	5	2
	4	3	2	5	14

La mitad de las evaluaciones fueron positivas (tabla 9). De las 8 evaluaciones en la que el colaborador –o colaboradores- privado, producía productos dañinos para la salud –por ejemplo bebidas azucaradas o alcohólicas- 7 fueron evaluados negativamente y sólo uno de forma positiva con reparos. Ninguno de los artículos de autores con lazos con las colaboraciones realizó evaluaciones críticas.

Respecto al impacto en salud, si exceptuamos las colaboraciones en malaria la revisión no aporta pruebas de que las colaboraciones público-privadas mejoren la salud y, en cualquier caso, las que incluyen colaboradores privados que producen productos insalubres reciben evaluaciones negativas independientemente de su impacto en salud, es decir usando indicadores de funcionamiento.

## CAPITULO IV. DISCUSIÓN.

### 1. LAS INFLUENCIAS EN LAS POLÍTICAS DE SALUD A TRAVÉS DE SUS ACTORES.

#### **A) La ley de prevención del tabaquismo pasivo.**

Los resultados de la primera fase del estudio centrados en la política de prevención del tabaquismo muestran lo que ocurrió en el seno del Gobierno de España en la fase final previa a la aprobación de la ley de prevención del tabaquismo pasivo. Sobre la calidad de la información recogida, no se puede descartar que los dos interlocutores omitiesen algún aspecto relevante durante las entrevistas. Sin embargo, independientemente de la apreciación subjetiva del entrevistador sobre la franqueza y exhaustividad de la entrevista, el cuadro que puede trazarse a partir de lo aportado por el expresidente José Luis Rodríguez Zapatero y la exministra Trinidad Jiménez, coincide con los antecedentes expuestos en otras investigaciones que, mediante fuentes documentales, habían descrito el mapa de los actores pro tabaco en España y sus relaciones con las administraciones públicas. Así mismo, estos autores habían descrito el denominado “modelo español” de tolerancia con el tabaco y la narrativa acompañante, presente en los canales de comunicación usados por las empresas del tabaco y que había aparecido en los medios de comunicación durante las discusiones previas a la ley de 2005<sup>127,128</sup>. Narrativa que el expresidente escuchó de varios ministros oponentes a la nueva política preventiva.

La clave de este estudio subyace precisamente en la resistencia de la mayoría del Consejo de Ministros a aceptar la nueva ley de prevención del tabaquismo y las razones aducidas por los oponentes a la nueva norma. Los ministros argumentaron que la ley propuesta situaría a España entre los países poco tolerantes que no respetan las libertades, podría ser catalogado como país prohibicionista. Esta fue la mayor dificultad, quizá, que encontró la nueva política antitabaco independientemente de que los grupos pro tabaco usaron de nuevo los recursos acostumbrados: poner de su parte a los departamentos de Economía y Agricultura, usar la Federación Española de Hostelería y

Restauración, como ariete para sembrar dudas sobre el desempleo que podría crear la nueva ley, etc.

Como se ha ya mencionado, se han descrito con detalle los procedimientos empleados por la industria del tabaco en España y como se fraguó el “modelo español”, plasmado en la prohibición parcial de fumar en lugares cerrados de 2005. Philip Morris, como parte de su compañía mundial dirigida a evitar la regulación, eligió a España y otros 4 países para pilotar el programa. La idea principal consistía en promover la, por ellos denominada, “Cortesía de elección” en restaurantes de más de 100 m<sup>2</sup> y la “Hospitalidad tradicional”, para locales de menor dimensión. Este modelo fue empleado para tratar de evitar la regulación en muchos países e incluso para atacar normativas ya promulgadas como la uruguaya usando como lema “España y la libertad de elección”.

Los motivos que llevaron a la coalición pro tabaco a tener un éxito en 2005 – parcial según algunos- en conseguir una “regulación razonable” y a fracasar en 2010, pueden analizarse empleando el marco propuesto por Smith en el análisis de la legislación antitabaco británico y que está en línea con las teorías que explican cambios no incrementales en las decisiones de políticas públicas consideradas en el Marco Teórico.<sup>129</sup> Interesa aquí no tanto el fracaso mencionado si no inferir si las posiciones de los ministros del gobierno en contra de la norma pueden asociarse a las diversas actuaciones de los grupos pro tabaco. Medina y Muñoz Vázquez, recogen las numerosas hipótesis sobre como conceptualizar la influencia y su éxito. Más allá de las hipótesis revisan también las aproximaciones basadas en estudios empíricos que buscan explicar el éxito político de los grupos de interés<sup>130</sup>. Podría considerarse que lo que llamamos captura no sea tal sino que el tema estaba ya mediatizado y era asumido por la opinión pública; sin embargo, eran actores políticos parecidos, ya que muchos de los ministros oponentes a la innovación política ya habían actuado con motivo de la ley anterior y asumido la narrativa de las compañías de tabaco. Por otra parte, asumir que los grupos pro tabaco no son influyentes según la hipótesis pluralista que entiende que sirven como medio complementario a las elecciones se puede descartar, pues los análisis previos han demostrado su acceso e influencia en las instituciones. Podríamos asumir que los grupos pro tabaco directa o indirectamente consiguieron que su discurso de tolerancia y libertad permaneciese en algunos decisores y que quizá fuera también una consecuencia de éxitos precedentes a nivel global, aunque parcialmente perdedores, al promulgarse una

ley (2005) que introdujo cambios significativos en la exposición pasiva al tabaco en el medio laboral.

El caso de la prevención del tabaquismo pasivo nos muestra que pueden reconocerse grupos de interés activos, demostrar que tienen recursos generosos, que acceden a las instituciones y, a pesar de ello, es difícil establecer pruebas irrefutables sobre el éxito o no de sus influencias. Su éxito o fracaso no puede analizarse independientemente del papel de la coalición anti tabaco que fue intensa y adecuada tal como se describe en el trabajo sobre la evaluación del lobby en España<sup>131</sup>. En cualquier caso entendemos que el análisis de toda la información disponible y de la que este caso es una pieza menor pero significativa por su singularidad, apoyan la hipótesis de que las empresas tabaqueras consiguen un grado apreciable de captura de instituciones y de las políticas. Hay ahora un nuevo equilibrio en España facilitado por la parálisis en la prevención del tabaquismo del gobierno del Sr. Rajoy y las empresas que, aunque debilitadas por perder en el terreno de la definición del problema, seguirán ejerciendo influencias para retrasar o malograr las políticas de salud pública.

A efectos de buen gobierno puede ser oportuno subrayar las contradicciones entre diversos departamentos gubernamentales o al menos la ausencia de principios rectores que permitan evitar los efectos indebidos de algunas influencias. Por ejemplo, en el caso de la política sobre el tabaco era llamativo constatar cómo algunos altos cargos de Economía argumentaban que debían aplicarse ciertos principios económicos a toda costa, por ejemplo, la competitividad, la reducción de trabas al comercio y el aumento del consumo. Cuando se menciona a toda costa, se entiende que los principios deben aplicarse por igual a cualquier área económica y cualquier producto. Se deduce de ello que en Economía, cuestiones tales como coste-oportunidad o las externalidades negativas no se consideran o al menos no aparentemente. Si de lo que se trata, como indicaban, es de favorecer la competencia para abaratar los precios, liberalizar las posibilidades de importación y exportación introduciendo más agentes en el mercado y fomentar el consumo, estamos ante contradicciones flagrantes de tipo económico porque el consumo del tabaco no es rentable para el país y los recursos dedicados o su consumo serían más benéficos si se dirigiesen a otro consumo. La ausencia de consideración de las externalidades negativas, es lo que más llama la atención en el comportamiento de varios actores políticos, particularmente de Agricultura y Economía.

Al respecto cabría esperar una mayor rectoría de acuerdo con las ideas defendidas por los propios gobiernos sobre sostenibilidad, cambio de modelo económico, bienestar, salud, etc. La desconexión de departamentos gubernamentales impide la aplicación de políticas coherentes entre si y consistentes con los programas políticos respaldados por los ciudadanos. Algunas de estas cuestiones surgieron en el estudio principal cuyos resultados se discuten a continuación.

Los resultados de la parte principal de la investigación sobre influencias en las políticas de salud a través de sus actores ofrecen información muy rica incluso en ámbitos que desbordan los objetivos de esta tesis. Se presentan a continuación las consideraciones sobre los resultados siguiendo el mismo orden en que éstos se han presentado –si bien algunas cuestiones se solapan- y se mencionarán asuntos pertenecientes a otros ámbitos cuando tengan una conexión manifiesta con los objetivos.

## **B) Los actores.**

En primer lugar, los resultados describen el mapa de actores en política de salud que los entrevistados han querido mencionar. Como era de esperar, los entrevistados identifican la política de salud con la de servicios sanitarios a excepción de algunos altos cargos y de aquellos que por su ocupación -área de salud pública o similar- tienen una perspectiva más amplia. De los actores institucionales destaca que su mención se acompañaba generalmente de apreciaciones sobre su capacidad real de actuar. Por ejemplo, es habitual que se reconozca que los altos cargos del gobierno y más en concreto la máxima autoridad sanitaria debe ser la que mayor iniciativa tenga en la formulación de políticas y que aplique el programa electoral del partido que sustente el gobierno. Sin embargo, hemos constatado que muchos entrevistados consideran que los decisores no ejercen la influencia que debieran en las decisiones públicas, que les falta liderazgo y que se dejan llevar más por las cuestiones que emergen continuamente en la agenda pública y política.

Dos entrevistados hablaron de “gabinetización” del Ministerio de Sanidad y lo han descrito como “peso cada vez mayor de los gabinetes del Ministro, los Secretarios Generales (incluido el gabinete de prensa), en el diseño y en el control de las políticas

en detrimento de las unidades técnicas de línea (es decir, de las Direcciones Generales), con el riesgo de subjetivismo y arbitrariedad que ello a menudo implica”<sup>132</sup>. A ello se une la opinión recogida sobre la progresiva incapacidad técnica de las instituciones políticas y de los partidos políticos. Una pérdida de capacidad que es atribuible a diversos factores, pero que en las administraciones públicas estatales y europeas se debe a la sustitución de funcionarios especializados por los “funcionarios multicapacidad” y a la creciente influencia en la Administración General del Estado de algunos cuerpos de altos funcionarios, entre ellos, los administradores civiles del Estado. A veces da la impresión que algunos políticos, por no decir muchos, se sienten más cómodos en un entorno de baja calidad técnica. Se alejan en la medida de lo posible de encuentros estables con expertos, siendo las reuniones de los consejos asesores más protocolarias y propagandísticas que de interlocución afectiva.

Una destacada periodista nacional entrevistada sostiene que los grupos de interés que desean influir decisivamente en las políticas públicas prefieren la ausencia de agencias y de voces autorizadas, pues en un entorno público en el que faltan posiciones autorizadas y acreditadas, da lugar a aparente equivalencia entre las diversas posiciones y propuestas lo que hace más fácil conseguir sus objetivos. En “Una evaluación del lobby en España”, se analiza el caso de la vacuna de la varicela que muestra como la empresa fabricante ha conseguido influir para que actores relevantes como la Asociación Española de Pediatría, recomiende su uso en contra de las recomendaciones de la propia ficha técnica del producto<sup>133</sup>. En este informe sobre el lobby se considera que el caso de la vacuna de la varicela ilustra varios déficits de las instituciones o de su funcionamiento, entre ellos, la ausencia de una agencia de salud solvente con capacidades técnicas y científicas reconocidas y asumidas por la autoridad sanitaria. Posteriormente a la publicación de este informe se llegó a una situación que debería ser singular pero ya parece la norma. El Ministro Alfonso Alonso anunció la inclusión de la vacunación de la varicela en el calendario de vacunación infantil en el curso de su asistencia a un Congreso de la Asociación Española de Pediatría. La decisión se toma sin respetar los procedimientos establecidos y aceptados por consenso en el Sistema Nacional de Salud para las modificaciones de este calendario y en completa contradicción con decisiones previas de ese mismo Ministerio. Es un hecho que puede ilustrar la “gabinetización” mencionada y la vulnerabilidad a las influencias cuando no

se dispone de autoridad conjunta política y técnica para tomar decisiones. Aunque parezca una anécdota, viene al caso mencionar que un partido, en teoría poco cercano a los lobbies, introduce en su programa electoral lo siguiente: garantizaremos el acceso gratuito de los menores a todas las vacunas recomendadas por la Asociación Española de Pediatría. Muestra hasta qué grado se ha llegado en desorientación sobre los fundamentos de la formulación de políticas públicas<sup>134</sup>.

La reducción de la capacidad técnica de las administraciones públicas aumenta su vulnerabilidad pues dependen de actores interesados para examinar asuntos complejos. Como afirmó uno de los entrevistados, alto cargo de una empresa farmacéutica, los recursos a su disposición están a mucha distancia de las disponibles por la administración, llegando a calificar de grotesca la calidad de la información en manos de las administraciones. Otro hecho que ilustra las dificultades en la gestión de situaciones no habituales cuando no se dispone de la capacidad adecuada, se produjo durante la pandemia de gripe A en 2009, y está descrito en detalle en *“Public Health Ethic: cases spanning the globe”*<sup>135</sup>. En breve, un grupo de altos cargos y funcionarios del Ministerio de Sanidad deben decidir sobre si aceptan la propuesta de Coca-Cola de ceder un tercio de la superficie de la lata de sus refrescos para insertar mensajes de prevención de gripe. La posición mayoritaria era favorable dadas las condiciones presupuestarias precarias para hacer campañas preventivas y la apariencia de actitud responsable de la empresa. La falta de conocimiento sobre las relaciones público privadas y su papel en la política de salud podría haber facilitado el acuerdo que al final no se fraguó por la oposición consistente que quienes sí conocían las ventajas e inconvenientes de las colaboraciones público-privadas.

Hay pues coincidencia entre los entrevistados sobre la baja capacidad y liderazgo de los actores políticos que deben tomar decisiones, por las formas de funcionamiento y la progresiva pérdida de inteligencia técnica de la administración sanitaria estatal. Dentro de la baja capacidad de los órganos de decisión en política de salud, se incluye el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, cuyo funcionamiento se calificó de inconstante e inadecuado.

Sobre el resto de actores identificados, el mapa aportado es completo y escorado a la parte asistencial de la política de salud. Se confirma que en España se reconocen

como actores relevantes los líderes de opinión sanitarios creados por las industrias farmacéuticas y de servicios sanitarios. La presencia de estos actores es de interés, pues muestra una de las estrategias de penetración en la ciencia y en la academia de las industrias sanitarias cuyos conflictos de interés no han sido adecuadamente considerados<sup>136</sup>. Otro actor menos reconocido habitualmente y que varios interlocutores señalaron, es la conjunción de instrumentos desarrollados por las industrias como parte de sus acciones de responsabilidad social corporativa con instituciones o personas que les dan crédito. Es el caso de la Fundación Alcohol y Sociedad, mencionada en los resultados, que está financiada por la Federación Española de Bebidas Espirituosas y que atrajo a su comité científico a personas reconocidas. Es posible que ello le haya valido a la citada Federación para obtener del Ministerio de Sanidad la Cruz Blanca de la Orden al Mérito del Plan Nacional de Drogas<sup>137</sup>. Un hecho que ilustra como las empresas productoras de artículos relacionados con las causas de graves problemas de salud, consiguen crédito y reconocimiento sanitario por las autoridades responsables de la regulación de su publicidad, fiscalidad, distribución y venta.

También es cada vez más frecuente el fenómeno de que centros universitarios, financiados por empresas, sean plataformas para que las empresas accedan a las altas instancias de estado y a los máximos responsables políticos (tabla 4). La clave consiste en diseñar un patronato surtido de conocidos académicos, científicos, políticos etc. –en general jubilados- que a su vez atraen a los poderes citados. Los incentivos de participación son altos y llevan a estas personas reconocidas a obviar el carácter de la institución y sus propósitos. Es una forma de captura intelectual.

Por último, sobre la relación de actores se coincidió en la influencia que en la política de salud española tienen las instituciones y organismos supranacionales. No hay duda de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) o las instituciones de la Unión Europea ejercen una influencia decisiva en las decisiones públicas de salud. A ello se suman otras organizaciones, por ejemplo las asociaciones líderes científicas a nivel mundial que ejercen influencia de carácter técnico en las asociaciones científicas españolas.

En el caso de la Organización Mundial de la Salud, la influencia es más en la base técnica de las políticas que en las políticas. Este hecho se debe a que las



recomendaciones de políticas, aprobadas anualmente en el curso de la Asamblea Mundial de la Salud, suelen ser poco enérgicas por la necesidad de compromiso, independientemente de que su cumplimiento no sea obligado.

Es adecuado que la Organización Mundial de la Salud aporte directrices técnicas y sea capaz de coordinar capacidades diversas para responder con conocimiento y técnica a retos agudos o crónicos de salud y también sería imprescindible que auspiciase normas globales de salud pública como El Convenio Marco para el Control del Tabaco. El problema es que en los últimos años la OMS ha recibido numerosas críticas por su falta de independencia y por su papel cada vez menos relevante. Cuando ocurrió la pandemia de gripe de 2009, la OMS fue criticada porque científicos clave en la planificación de la respuesta frente a la gripe tenían conflictos de interés obvios al haber recibido honorarios de empresas que podían beneficiarse de las guías y recomendaciones que estos mismos científicos preparaban para la OMS<sup>138,139</sup>. Estos conflictos no fueron hechos públicos. No es una cuestión aislada pues recientemente se ha llegado a cuestionar la independencia de la publicación periódica principal de la OMS que podría estar afectada por las nuevas fuentes de financiación<sup>140</sup>.

El origen del problema está en la situación financiera actual de la OMS producto de los cambios en la política sobre salud global. Desde los años 80 entraron actores privados en la cooperación sanitaria<sup>141</sup>. Su creciente influencia les ha convertido en actores centrales que han dado lugar a las conocidas como colaboraciones globales público-privadas que, a pesar de tener mayoría de financiación pública, se gobiernan con una importante influencia de los donantes privados, lo que algún autor denomina filantropocapitalismo<sup>142</sup>. Paulatinamente ha ido disminuyendo la financiación de la OMS y al mismo tiempo se ha incrementado la proporción a financiación que recibe, tanto de países como de donantes, con restricciones, es decir fondos sobre lo que no puede decidir su destino, lo que limita su libertad para establecer la agenda de actuación. Todo ello crea dudas sobre la existencia de conflictos de interés<sup>143</sup>.

Tampoco está libre la OMS del fenómeno de puertas giratorias. En diciembre de 2008, pocos meses antes de la declaración de pandemia de gripe por la OMS, la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, recibió un mensaje del responsable internacional de vacunas de una corporación farmacéutica transnacional

ofreciendo vacunas pandémicas y pre pandémicas. No se trata de sugerir nada conspirativo, lo grave es que el remitente se presentaba como el anterior responsable del programa de gripe de la OMS.

Los resultados observados y los hechos aquí relatados ponen de manifiesto que actores clave en la rectoría técnica internacional en salud pueden tener un grado de captura por agentes interesados que afecte a las recomendaciones que emite. Es difícil sin embargo identificar en qué medida cada una de las acciones de influenza tiene efecto y cuál es la magnitud del efecto. Esto pone a prueba los requisitos exigidos para establecer captura. Sin embargo, entendemos que las evidencias recogidas en las entrevistas y las aquí aportadas son suficientes porque no son aisladas y se enmarcan dentro de una tendencia general que ha creado una enorme preocupación en algún sector de la salud. En esta misma línea, una agencia muy prestigiosa en la salud pública mundial como son los Centers for Disease Control and Prevention de Estados Unidos, han sido señalados con motivo de estar siendo influidos por las industrias sanitarias que financian su fundación y algunas de sus actuaciones<sup>144</sup>. Es un signo más que muestra la captura de instituciones clave de la salud pública mundial. Cuellar, en la obra citada en el Marco Teórico sobre prevención de captura regulatoria, analizó las características positivas de los Centers for Disease Control and Prevention para actuar como agencia acreditada y públicamente valorada en cuestiones de salud pública, por su capacidad de influir en políticas y en regulación<sup>145</sup>. Describe precisamente como su bajo nivel de conflictos de interés le ha permitido hasta ahora resistir presiones externas y actuar de forma independiente. También relata como las agencias gubernamentales de salud pública parten con una reserva de legitimidad que refleja la asociación que el público hace entre la política de salud moderna y la capacidad científica, y de ahí su importancia en legitimar las innovaciones de política de salud del estado. Es por ello preocupante que la confianza se vaya resquebrajando con la progresiva dependencia financiera que tienen de corporaciones a las que afectan las actuaciones de las propias agencias, uno de los últimos casos que lo muestra es la resistencia de los Centers for Disease Control and Prevention a desarrollar investigaciones sobre armas de fuego y violencia por el miedo a perder financiación del Congreso<sup>146</sup>. Estos hechos concuerdan con la situación de las agencias europeas relacionadas con la salud que tal como se ha mostrado en el Marco Teórico muestran más que indicios de captura regulatoria<sup>101-105</sup>. Así pues, actores

internacionales de influencia trascendente en la política de salud española muestran un grado apreciable de captura. Eso no significa que no realicen acciones que sean útiles en la formulación de políticas, pues sus actuaciones se desenvuelven en una situación de equilibrio inestable en la que actuaciones de actores diversos fuerzan a estas agencias a cuidar sus procedimientos. En el caso de las agencias europeas, nos referimos al papel de contrapeso positivo que juega el propio Parlamento Europeo, el Defensor del Pueblo Europeo, organizaciones civiles de vigilancia o parte relevante de su personal<sup>147</sup>.

Una cuestión relacionada con la captura de las agencias reguladoras son sus expertos y el cuidado de su independencia e imparcialidad. Precisamente varios de los reproches recibidos por las agencias europeas y norteamericanas se relacionan con los conflictos de interés de sus expertos y los defectos en su gestión<sup>148</sup>. Se ha demostrado que los expertos que reciben financiación de un único patrocinador le favorecen en sus votaciones<sup>149</sup> y esto es muy grave porque ha dado lugar a que fármacos inseguros continúen en el mercado con gravísimas consecuencias para la salud<sup>150</sup>. Por ello, se ha pedido excluir de los paneles de expertos a aquellas personas con conflictos ya que la mera publicidad es insuficiente<sup>151</sup>. Las dudas sobre las aparentes mejoras, sin embargo, se mantienen<sup>152</sup>.

Estos son los motivos que podrían explicar lo que lleva a muchos grupos de expertos a sesgar sus recomendaciones. Sin embargo, en la gestión de salud pública nos encontramos con una situación aparentemente llamativa. Se da el caso de que cuando se reúnen expertos especialistas en asuntos muy concretos suelen ofrecer estimaciones altas sobre la magnitud del problema y sobre la necesidad de respuesta que a veces no es tan patente que sea atribuible a los conflictos de interés.

Al no ser obvios los conflictos de interés, suponíamos que este sesgo podría deberse a que los expertos tienden a sobreestimar la importancia de los problemas sobre los que se ocupan durante muchos años, incluso durante carreras investigadoras completas. Siento esto cierto y perceptible por profanos, queda la duda de si estos expertos reciben influencias más sutiles. Un hecho que viene al caso mencionar es la estimación que se recibió de los expertos de gripe sobre la magnitud de la pandemia de gripe en 2009. Analizadas las previsiones, hasta la banda baja de la estimación era muy preocupante. La realidad mostró una frecuencia real de gripe mucho más baja que la

previsión menos alarmista recibida de los expertos. Situaciones similares se daban con otros grupos de expertos, aunque la percepción es que esto ocurría con más frecuencia con grupos que se ocupan de asuntos sobre los que hay intereses comerciales, por ejemplo con las vacunas. Más arriba hemos mencionado la actuación de la Asociación Española de Pediatría cuyo comité de expertos en vacunas tiene estrechas relaciones con las empresas productoras de vacunas<sup>153</sup>.

Pero no es únicamente que haya conflictos, algún miembro de la Ponencia de Vacunas del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud manifestaba que no tenía conflictos de interés pese a sus reiteradas asistencias a reuniones organizadas por la industria sobre vacunas algunas de carácter claramente turístico. Es posible que las inercias o la aceptación de lo que es habitual en el entorno profesional motiven que los expertos no perciban sus conflictos de interés. Pero los hechos son claros, los conflictos tienden a sesgar las recomendaciones de los expertos. Volviendo al terreno de la gripe, en Reino Unido se comprobó que los académicos o investigadores expertos fueron los actores que, tras las autoridades, con mayor frecuencia aparecieron en los medios de comunicación durante la pandemia de 2009. La probabilidad de ofrecer estimaciones de riesgo más altas que las oficiales eran casi 6 veces más en expertos con conflictos y la probabilidad de recomendar antivíricos, 8 veces más comparada con los expertos sin conflictos. La financiación de los expertos es por tanto una de las formas de capturar las agencias e instituciones de salud y de influir en el entorno intelectual con informaciones e ideas favorables a las industrias patrocinadoras<sup>154</sup>.

### **C) Interacciones establecidas normativamente.**

Sobre el ejercicio de influencias y actores involucrados, los resultados se han enfocado primero a las establecidas normativamente y posteriormente a las que podemos calificar de indebidas. Sobre las primeras puede destacarse la percepción recogida de los entrevistados sobre el mal funcionamiento de los órganos de participación, bien sean comisiones interdepartamentales que incorporan o no a los agentes interesados bien sean órganos de participación establecidos por un único departamento de la administración.

En el caso de las comisiones interdepartamentales las experiencias relatadas, principalmente por interlocutores del campo de la salud, indican que fracasan en abordar problemas multidimensionales, por ejemplo, la movilidad o el cambio climático. Es posible que algunas experiencias negativas se deban al escaso desarrollo del principio de salud en todas las políticas desde las administraciones sanitarias y las dificultades que encuentran las políticas transversales. No es objeto de esta tesis analizar el funcionamiento de estas comisiones, Brugué *et al.*<sup>155</sup> las han estudiado en detalle en Cataluña, pero si cabe mencionar que se recogió la idea de que algunos sectores de la administración tenían tendencia a bloquear las políticas de salud. Ocurría con Economía, Industria y Agricultura, mientras que en cuestiones de salud laboral (Trabajo y Seguridad Social) el funcionamiento es en general satisfactorio. El caso de Agricultura era el más citado como sector de la administración que tiene un alto grado de captura por las empresas alimentarias. Los casos de puertas giratorias son frecuentes en ese departamento y puede servir de ejemplo el caso recogido en la tabla 3, sobre la presión exitosa del Ministerio de Agricultura para modificar el sentido del voto acordado en comisiones política y técnica sobre la decisión en la Unión Europea acerca de un producto transgénico. El protagonista de esa presión, el Secretario de Estado del Medio Rural en 2009, pasó a ser director general de la patronal de bebidas refrescantes y hace lobby en defensa de estas bebidas<sup>156</sup>. La última ocasión, el 11 de octubre de 2016 con motivo de la nota de prensa de la Organización Mundial de la Salud<sup>157</sup>, pidiendo a los gobiernos que graven con impuestos del 20% las bebidas azucaradas y subvencionen las frutas y verduras. Recomendación basada en un documento técnico recién publicado<sup>158</sup>.

En otra dirección, hay que resaltar que algún consejero de sanidad ha constatado que el fomento de la participación en la toma de decisiones es enriquecedor y lo ilustra con ejemplos de medidas eficientes promovidas por profesionales del sistema de salud en foros de participación. Desafortunadamente se detectó por otra parte que sobre algunos de los actores, se tiene el conocimiento de que tienen un alto grado de captura por ser financiados por las industrias sanitarias, es el caso de las sociedades médicas o las asociaciones de pacientes cuya participación en organismos de consulta suele favorecer a las coaliciones cercanas a las industrias y por tanto a más medicalización y menos salud pública.

Por último, respecto a las comisiones interdepartamentales, Bruge *et al.* inciden en la necesidad de inteligencia administrativa para abordar problemas complejos y que esta inteligencia surge en administraciones que se esfuerzan en gestionar las relaciones, los contactos, las interacciones, es decir que aborden los problemas multidimensionales con respuestas también multidimensionales. Desde el campo de la salud pública se comparte este enfoque porque los problemas graves de salud son sistémicos y requieren respuestas complejas. Sin embargo, el entorno no es propicio para ello a la luz de los resultados, por una parte está la pérdida de inteligencia técnica de las administraciones y la “gabinetización” de la política antes mencionado, y por otro la resistencia constatada en la administración a la hora de articular respuestas complejas si no es en situación de crisis. La respuesta de la administración a la crisis de la pandemia de gripe A fue ejemplar en el aspecto de coordinación administrativa multinivel. Sin embargo, cuando se redactaba la Ley General de Salud Pública se constató que desde la oficina de presidencia de gobierno se rechazaba la misma arquitectura administrativa de coordinación para el diseño de la política de seguridad sanitaria a largo plazo. En términos generales, se puede afirmar que hay ciertas resistencias para tratar de dar respuestas multidimensionales a problemas complejos mediante cambios que implican un mejor trabajo interadministrativo.

Los argumentos para rechazar la articulación de la respuesta coordinada del estado a los futuros problemas de salud eran variados pero sobresalía el problema de agenda de los máximos responsables. En conjunto la deriva hacia un estado más leve, no solo por pérdida absoluta sino también relativa, lo hace vulnerable e impide que las decisiones públicas estén efectivamente en manos de la población.

#### **D) Influencias dentro de las administraciones y en las instituciones políticas.**

Una lectura de la tabla 3 de los resultados sobre influencias ejercidas en el ámbito de la política de salud por actores de la administración, sus organismos, los parlamentos y los partidos políticos, muestra diversas facetas del mal gobierno. Se han recogido ejemplos de corrupción – al menos el intento-, de tráfico de influencias y, en general, de influencias indebidas en todos los niveles de la administración y de la política.

Algunas de las influencias constatadas coinciden con lo descrito por otros autores. Por ejemplo la actuación del partido Convergencia i Unió en defensa de Farmaindustria se describe en ¡Qué vienen los lobbies! de forma bastante coincidente con lo apuntado por las personas entrevistadas<sup>159</sup>. Los resultados observados corroboran hechos producto de influencias que podemos catalogar de indebidas independientemente del efecto en la política de salud. En primer lugar, sin ser numerosos, se producen hechos cercanos a la corrupción en los que servidores públicos buscan su beneficio propio o de un tercero. En segundo lugar, los altos cargos y altos funcionarios son agentes de influencia de terceros que en el mejor de los casos realizan su presión considerando que se trata de recomendar la política más adecuada, pero que en muchas ocasiones se ha constatado que este no es el caso. En tercer lugar, destaca que altas instancias del gobierno presionen a altos cargos favoreciendo los intereses de empresas tras no haber sido atendidas por esos altos cargos invocando el desarrollo económico. En cuarto lugar, se constata que departamentos o sectores de la Administración General del Estado ejercen acciones de lobby en favor del sector empresarial que administran. Además de ello, se describen en la tabla 3 otras acciones que confirman lo esperado sobre las influencias del Parlamento, de los partidos políticos –menos nombrados- y de las instituciones internacionales. Muchas de estas acciones vienen derivadas de las acciones de influencia realizadas desde las empresas y que se exponen en la tabla 4 de los resultados.

#### **E) Influencias desde las empresas.**

De los resultados observados sobre las influencias o presiones ejercidas desde las empresas, se advierte un abanico de acciones que oscilan desde la corrupción más evidente hasta las formas más útiles e imperceptibles. Desde ofrecer directamente dinero a los cargos más altos del Ministerio de Sanidad hasta la captura imperceptible de la agenda. En el proceso de formulación de políticas hay desigualdad entre los actores que llevan a cabo acciones relevantes. La red decisional es compleja por los numerosos actores reconocidos que actúan y por la extensión de la complejidad del espacio de decisión tanto vertical como horizontalmente tal como se describió en el Marco Teórico. No hay duda de que hay pluralidad de actores efectivos y de actores

potenciales. Sin embargo, se observa un desequilibrio entre los actores entre los que defienden intereses especiales frente a los que defienden intereses generales. Los que defienden intereses especiales tienen más fácil acceso a las instituciones derivado de sus mayores recursos económicos lo que les permite estar presente cerca de los actores políticos y relacionarse con ellos con más frecuencia, les permite también estar presentes en todos los procedimientos de audiencia pública y de trámite realizando seguimientos activo. Como describen los entrevistados, influyen en las agendas de los políticos y estos por su parte llevan su lógica de acción propia, conseguir mantenerse en la política, hasta sus últimas consecuencias. Entendemos que lo hacen buscando lo que en la política actual aumenta las probabilidades de supervivencia que no siempre es su capacidad de obtener consenso sino de su capacidad de que el entorno social perciba positivamente el papel que desempeña durante el proceso. Entre estas dos capacidades de los actores políticos, que describen Dente y Subirats<sup>160</sup>, nuestros resultados apuntan a que si hay conflicto entre ellas –capacidad de consenso y capacidad de comunicación-, se prima la segunda, ya que da imagen pública de capacidad de resolución e incluso de consenso aun cuando la realidad consista en la absoluta ausencia de consenso y de haber desconsiderado a parte relevante de los actores. El caso de la vacuna antes mencionado y la actuación del Ministro Alonso lo ilustra bien. Entre los actores que participaron en el conflicto quedémonos de forma esquemática para simplificar con el actor político (Ministro de Sanidad), el actor burocrático (estructura técnica y agencias del ministerio), el actor que representa intereses especiales (empresa productora de la vacuna y sus aliados como la Asociación Española de Pediatría), actor que representa intereses generales (la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria). Más adelante consideramos la población. La sucesión de decisiones es la siguiente: la vacuna de la varicela no es incluida en el calendario vacunal infantil de acuerdo a los informes técnicos que son similares en la mayoría de países europeos; la empresa fija un precio alto para la venta al público y consigue que su uso sea promovido por la Asociación Española de Pediatría; la empresa consigue que las ventas alcancen centenares de miles creando un problema ya que al estar la mitad de los niños inmunizados el virus reduce su circulación y los niños no vacunados no pasan de forma natural la enfermedad en la niñez y pueden llegar a ser adultos sin tener defensas lo implica alto riesgo, pues en esta edad la enfermedad puede ser grave; el Ministerio de Sanidad de acuerdo con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios



decide retirar la vacuna de las farmacias y limitar su dispensación a hospitales para aquellos casos en lo que esté recomendada de acuerdo con la ficha técnica y las autoridades de salud pública; la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria apoya la postura del ministerio -mediante llamada de la directora de la agencia del medicamento se agradece la posición- y la Asociación Española de Pediatría critica la medida; unos meses después el Ministro Alonso durante un congreso de esa asociación de pediatría anuncia la incorporación de la vacuna al calendario de inmunización infantil sin tener en cuenta el procedimiento habitual de adopción de la decisión desconsiderando el actor burocrático, a los actores políticos de las comunidades autónomas y a otros actores de interés general. Su decisión tiene poca repercusión pública aunque es bien recibida por la prensa especializada y por los medios de comunicación generales secularmente predispuestos a congratularse de la incorporación de cualquier buena vacuna. El actor que defiende intereses generales tiene escasos recursos y su capacidad de influencia en los medios es alta para su disponibilidad económica pero baja en términos relativos. El actor político prefirió el aspecto de comunicación -dar imagen resolutive y tomar la decisión mejor recibida por los medios-, más que trabar un consenso entre los actores implicados y seguir los procedimientos normativos en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Además de mayor capacidad de acceso a las instituciones públicas, los actores con intereses especiales en política de salud y específicamente las empresas, tienen otras ventajas. Cuentan con mayores recursos cognitivos lo que les ofrece ventajas ante la complejidad e incertidumbre en muchos problemas de salud pública. Estos mayores recursos cognitivos los hace en ocasiones actores imprescindibles para la interacción con las administraciones públicas dando lugar a situaciones que ponen en riesgo la independencia de los decisores públicos. Nuestros resultados ponen en evidencia la percepción general de la pérdida de capacidades cognitivas por parte de las administraciones públicas que en el terreno de la relación entre las empresas farmacéuticas y la administración pública, llega a un desequilibrio apabullante de acuerdo a interlocutores de ambos lados. Se produce además el hecho de que la posición preponderante de partida de las empresas relacionadas con la salud les ofrece ventajas añadidas al facilitarles el acceso a información estratégica por medio de su infiltración

en las administraciones públicas. Tal como relatan los entrevistados, las empresas tenían acceso inmediato lo que ocurría en órganos colegiados. Por otra parte conocían de antemano la agenda y los documentos clave. Para un director de salud pública, el hecho de que le llame un directivo de una empresa de vacunas al poco tiempo de celebrar una reunión de la Comisión de Salud Pública (organismo que reúne a todos los directores generales autonómicos presidido por el director general del Ministerio) para reprocharle su posición sobre una vacuna concreta, supone constatar la deslealtad de otros directores –hay muchos ejemplos de estas conductas impropias, por ejemplo filtrar borradores de normas antes de su examen por actores políticos y burocráticos-, y por otra parte, muestra el grado de confianza que existe entre las empresas y algunos actores políticos. También pone en evidencia una situación común en el ámbito político, dada la frecuencia de contactos en todos los niveles entre actores interesados y cargos públicos, un cargo público concreto puede sentirse amedrentado o inseguro en su posición al no saber el alcance de la influencia que tiene un agente de lobby concreto. Esto coincide con la no tan inhabitual invocación de estos agentes a sus buenos contactos en instancias superiores haciendo gala de sus buenas relaciones.

La infiltración de agentes interesados no sólo incide en los altos niveles, los entrevistados han pormenorizado hechos que demuestran que funcionarios en diversos niveles tienen estrechas relaciones con representantes de empresas con intereses en el Ministerio de Sanidad, es más, algún interlocutor habla de “conseguidores”. Algún alto cargo nos informó de que tuvo que poner orden a las inercias en asuntos clave de la política sobre el precio de los fármacos al comprobar actuaciones impropias de funcionarios. Se deduce del trabajo de campo que los representantes de actores con intereses especiales extienden su actividad a todos los niveles de la administración y de instituciones que pudiesen afectar a las decisiones públicas que les afectan

Las ventajas en recursos de todo tipo de los actores de intereses especiales y su capacidad de información estratégica les otorga ventajas añadidas para dominar la definición de los problemas en el espacio público para lo que cuentan además de los medios de comunicación, con la captura del conocimiento en términos de ciencia y de expertos que detallamos en varios apartados. Además les otorga ventaja en recursos estratégicos al conocer profundamente la dinámica de los procesos de decisión y concentrar las acciones en los puntos claves que determinan la modificación de una

política o la inacción cuando esta última es el propósito perseguido. Por ejemplo, se puede usar un partido político bisagra para una enmienda clave de una norma si antes no se ha podido conseguir por otros medios. También se puede usar la Comisión General de Secretarios de Estado y Subsecretarios para bloquear un asunto e impedir que se lleve al Consejo de Ministros. Esto ocurre cuando se tiene algún miembro relevante de esa Comisión capturado que maniobra para mantener un asunto concreto (norma jurídica generalmente) en el denominado índice negro que es donde se incluyen los asuntos que no logran entrar en la mencionada agenda del Consejo. Como antes se ha comentado también pueden actuar en niveles más bajos que en ocasiones pueden ser determinantes, por ejemplo en la Subdirección General de Farmacia, puesto en el que con frecuencia se da el fenómeno de las puertas giratorias.

En este trabajo se asume por tanto la pluralidad de actores pero se constata un déficit democrático por la desigualdad de recursos, concentrado sobre todo en las empresas relacionadas con la salud que les lleva a tener capacidad suficiente para modificar indebidamente la política de salud.

Antes de continuar es preciso aclarar dos cuestiones pendientes en esta discusión: 1) los actores que representan intereses generales; y, 2) el papel de la población. Se ha situado a la Sociedad Española de Salud Pública Administración Sanitaria entre los actores que defienden intereses generales y a la Asociación Española de Pediatría como agente de interés especial. Es una proposición que puede cuestionarse; sin embargo, si atendemos al concepto y descripción de las características que de estos actores de interés general hacen Dente y Subirats<sup>161</sup>, se puede comprobar que la sociedad de salud pública citada reúne características coincidentes: defienden intereses de sujetos que no pueden defenderse por ellos mismos -los problemas de salud de la población tiene causas actuales de difícil reconocimiento por parte de los futuros afectados-; tiene estructura democrática y procedimientos para recoger las opiniones de los asociados; hace declaración pública de intereses que en su gran mayoría no son conflictivos; se dirige a una temática sobre la que sistemáticamente han mostrado escaso interés los actores políticos. El caso de la Asociación Española de Pediatría podría ser similar pero su financiación mayoritaria por parte de las industrias sanitarias y un análisis de sus acciones y recomendaciones lo descarta.

Respecto a la población, es muy probable que sobre las vacunas siempre esté a favor de incluir cualquiera en el calendario vacunal aun a precios desorbitados. Esto se debe al aprecio popular por las vacunas que es ampliado por la actuación de diversos actores. Por ejemplo, el comportamiento de los actores políticos, capaces de saltarse los procedimientos de inclusión, con tal de ofertar una vacuna en campaña electoral o el comportamiento de los medios de comunicación que en conjunto llevan a aceptar acríticamente aquello de que la vida no tiene precio y menos aún la de un niño pequeño. Con la vacuna frente al virus del papiloma humano, esgrimida en campaña electoral, ningún actor político tuvo el coraje de hablar del coste oportunidad de los 300 € que costaba cada dosis. De hecho no es habitual que actores políticos asuman la situación actual de los servicios sanitarios que se caracteriza, entre otras cosas, por el exceso de medicalización de la sociedad lo que es asimismo un problema de salud pública. Este comentario va en la línea de las críticas, examinadas en el Marco Teórico, al enfoque de Dahl que analizan Dente y Subirats<sup>162</sup>, mencionando la crítica más radical de Steven Lukes que afirma que el mayor poder consiste modular las preferencias de los individuos de modo que sean inducidos a apoyar a decisiones que en realidad van en contra de sus intereses. Claro que esto llevó a cuestionarse cuáles son los verdaderos intereses de los ciudadanos. No se asume en este estudio que la población tiene las preferencias modeladas de acuerdo a élites dominantes de forma sistemática, se entiende que de la misma forma que hablamos de captura del entorno intelectual en el cual se realizan las decisiones públicas, también hay acciones indudables que procuran moldear la opinión pública para que favorezca unos intereses concretos, asunto que se volverá a considerar cuando se traten los medios de comunicación. Sí que cabe precisar que cuando se modela las preferencias de los actores políticos, en su caso no suele ser en contra de sus propios intereses como si ocurre habitualmente en el caso de la población.

Un interlocutor de una corporación transnacional farmacéutica nos mostraba su preferencia por lo que denominaba un campo de juego equilibrado en el que las normas sean claras, estables y se cumplan. Según el, esta estabilidad y la falta de arbitrariedad beneficia a las grandes empresas mientras que un “campo de juego embarrado” beneficia a las pequeñas empresas no innovadoras. Advertía, sin embargo, que tanto en una como en otra situación si su empresa consideraba que era necesario para sus intereses emprendían todas las acciones a su alcance, incluidas las que afectan al poder

político en todos sus niveles. Nuestros resultados indican que estas grandes corporaciones, sus asociaciones y otros actores desarrollan una actuación de forma sistemática y, con mayor o menor frecuencia, recurren a actuaciones más intensas. Podríamos simplificar estos cursos de acción en: a) acciones que estarían dentro de las relaciones institucionales que comúnmente se perciben como esperables de los actores interesados; b) acciones más cercanas a las influencias indebidas. Si bien es difícil una separación clara.

Los actores con intereses especiales trazan una estrategia que procura llegar a mantener relaciones estables con los altos cargos desde el día de su nombramiento, los representantes de relaciones institucionales o responsables de relaciones externas despliegan a un abanico de acciones con el fin de generar relaciones de confianza y reciprocidad. En la tabla 4 se describen pormenorizadamente (cuidados al gabinete del ministerio, regalos, invitaciones, encuentros científicos, encuentros de alto nivel financiados, etc.). Las empresas de alimentación, las de bebidas y las farmacéuticas, así como sus asociaciones empresariales, tienen una extraordinaria capacidad para estas relaciones externas y desarrollan estrategias sinérgicas con otros actores a lo que añaden el crédito que le dan personas interpuestas-muchas veces altos cargos-. Los efectos de estas acciones en las políticas no son sencillos de confirmar pero pueden adelantarse algunos efectos en procesos intermedios relacionados con las decisiones. Uno de ellos es la configuración de la agenda política en asuntos de salud cuyo proceso hemos descrito de la siguiente forma: “El proceso por el que se configura la agenda de política pública en cuestiones de salud es un asunto transcendente, ya que influye en el debate social y determina las prioridades de actuación. Por ejemplo, cuando aparece una nueva tecnología como puede ser la vacuna antineumocócica o nuevas pruebas científicas sobre la efectividad de la detección precoz de cáncer de pulmón, diversos actores se posicionan para que esta tecnología entre en la agenda política y forzar así su inclusión en las prestaciones públicas gratuitas. Para ello, usan diversas estrategias de influencia en la población a través de los medios de comunicación, directamente a los profesionales sanitarios o cooptando a los responsables públicos y representantes parlamentarios con su asistencia a actos más o menos científicos que incrementan la difusión de las bondades de la nueva tecnología. Esta situación no se considera claramente por los marcos éticos propuestos para la salud pública, ya que tienden a

circunscribirse al análisis de actuaciones o programas concretos. A mi juicio, la participación o no de las autoridades sanitarias en actos relacionados con la nueva tecnología debe ser motivo de un análisis cuidadoso, pues el establecimiento de las prioridades de actuación y la agenda política de salud es un asunto de primer orden en el que influye la presencia o no de autoridades sanitarias en actos de diversos tipos. La presencia de las autoridades sanitarias en ciertos actos puede distraer su tiempo de otros problemas de salud prioritarios y los expone con frecuencia a una parte de los agentes interesados en el gobierno de la salud, precisamente los que tienen más poder e influencia. Por otro lado, si los agentes participantes en estos actos no tienen políticas decididas y publicitadas sobre prevención de los conflictos de interés o tienen intereses en otros ámbitos contrarios a los fines de la salud pública, se puede comprometer la confianza de la población en sus autoridades de salud.”

No se trata sólo de la asistencia actos, es todo el entramado de relaciones externas que llevan a una suerte de captura cultural que una de las personas entrevistadas expresó muy atinadamente al referirse a los altos funcionarios de la OMS y que nos han ratificado por su parte funcionarios europeos y españoles: “Sobre las formas de influencia, la OMS es decepcionante. Aparentemente debería funcionar el multilateralismo por la naturaleza de este organismo. Sin embargo, se percibe claramente falta de libertad por parte de los países. En esta situación juega un papel relevante, entre otros, la acción de los altos funcionarios de la OMS. Tienen mucha influencia en delimitar el campo de decisión al redactar documentos clave. Lo cierto es que se perciben sombras detrás de los asuntos que se someten a deliberación. Son sujetos en posición de privilegio, que conocen muy bien todos los engranajes y puntos clave para guiar los procedimientos en la dirección deseada. Cabe recordar que muchas veces trabajan por objetivos relacionados, con frecuencia, con fondos de patrocinadores y quedan obligados a estos patrocinadores, por ejemplo fundaciones filantrópicas. Se puede decir que sucede lo que actualmente se comienza a describir como captura cultural (estrategia que se fomenta en las empresas). Se trata de las redes sociales en las que se desenvuelven las personas y que perfilan su ámbito de decisión y contactos. Los altos funcionarios de la OMS (y de otras organizaciones) tienen altos salarios libres de impuestos y un alto nivel de vida que está trufado de encuentros y recepciones que forman parte de su trabajo. Esos encuentros “entre oropel” van fraguando confianza y

amistades que juegan un papel en el intercambio de favores que se perciben como parte natural de las relaciones humanas. Aunque sea una situación artificial supone un talón de Aquiles susceptible justamente a los grupos de interés mejor organizados y con más recursos. Este tipo de captura cultural se puede dar en todos los altos funcionarios que se desenvuelven en medios similares.” Comprobamos como lo descrito por este entrevistado encaja perfectamente en los mecanismos apuntados por Kwak sobre cómo se produce la captura cultural<sup>82</sup>.

Entendemos que queda bastante probado que los ministros y altos cargos relacionados con las políticas de salud está mucho más expuestos a interacciones que favorecen la inacción en la regulación de productos insalubres a cambio de supuestos consensos, colaboraciones público privadas y autocontrol. Por otra parte, estas interacciones les llevan a acentuar las políticas de servicios asistenciales en la dirección de introducir más tecnologías basadas en patentes y a ignorar la salud pública y la innovación social.

Respecto a las influencias clasificables como indebidas o directamente corrupción, la tabla 4 de los resultados nos muestra un amplio catálogo que confirma lo que a veces son sospechas fundadas. Es el caso de una persona que cuando estaba a cargo de la Dirección General de Farmacia se le ofrece un cargo en una corporación transnacional con altos honorarios y con la estrategia bien diseñada para eludir la ley de incompatibilidades. En conjunto, se comprueba que se usan todo tipo de estrategias para capturar las políticas de salud. Si todos los casos de altos cargos del Ministerio de Sanidad o de Agricultura que se han incorporado a empresas afectadas por sus decisiones o a organizaciones patronales de estas empresas suponen algún grado de captura de políticas públicas, no hay duda de que el problema es de alta magnitud. Nuestros resultados confirman y amplían a otros ámbitos de la política de salud los datos observados en el estudio sobre la corrupción en el sector sanitario de la Unión Europea mencionado en el Marco Teórico <sup>98</sup> y, desde luego, hemos recogido datos suficientes para corroborar que la política de farmacia tiene un alto grado de captura tal como aseguraba uno de los interlocutores del mencionado estudio<sup>99</sup>.

Sobre la captura de políticas públicas concretas, una limitación de investigación es que no se ha podido obtener información sobre el proceso de redacción y tramitación

de la ley 17/2011 de seguridad alimentaria y no podemos asegurar tal como intuimos que fue atenuada por las empresas alimentarias, lo que sí podemos asegurar es que la persona nombrada por el Gobierno del Sr. Rajoy como Directora Ejecutiva de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición y encargada de desarrollar los reglamentos de esta ley era, antes de ser nombrada, Directora de Asuntos Científicos y Normativos de Coca-Cola. A día de hoy sigue sin desarrollarse el reglamento que debe especificar los límites de contenidos máximos de azúcares de los productos en los centros escolares. Esta inacción, aunque podría ser debida a las menguantes capacidades administrativas de la Administración General del Estado, no es azarosa a nuestro juicio.

Las acciones de las empresas dirigidas a los profesionales sanitarios, los científicos, centros de investigación, asociaciones médicas, etc. se mueven entre lo que muchas personas consideran acciones habituales sin más importancia y la corrupción. Todas las acciones van dirigidas a la captura intelectual y del entorno social que interactúa con los actores políticos. Se ha detectado recientemente cierto cambio de estrategia, particularmente en la industria farmacéutica que ha publicado un código de buenas prácticas y también en algunas sociedades médicas<sup>163</sup>. Estos cambios se adelantan a la influencia que tendrá en Europa la nueva legislación estadounidense sobre la transparencia de las transacciones económicas entre la industria y las personas e instituciones. Creemos que de momento estas iniciativas son insuficientes y habrá que esperar a comprobar sus resultados a tenor del nulo efecto que otras acciones de autocontrol o de responsabilidad social corporativa han tenido.

#### **F) Los medios de comunicación y las influencias sutiles.**

Los resultados observados sobre las influencias ejercidas en los medios de comunicación nos dibujan un cuadro poco halagüeño. El hecho de haber incluido exclusivamente a medios escritos, explica en parte esa visión.

En primer lugar, los periodistas entrevistados, nos confirman hechos y percepciones consistentes con lo recogido de los testimonios de otros entrevistados. Se apunta al papel cuestionable de las sociedades médicas capaces de respaldar productos de consumo a cambio de financiación o la constatación de que hay parlamentarios conocidos en los medios de salud por su susceptibilidad a los agentes de lobby. La



escasa rendición de cuentas de las administraciones sanitarias es otro de los asuntos preocupantes. Por otra parte confirman el papel creciente como actores de influencia en los medios de comunicación las empresas de alimentación y bebidas, y se detecta la emergencia de la federación de empresas y productos sanitarios como otros actores a tener en cuenta.

Por lo demás, los diversos ejemplos expuestos en la tabla 5 nos indican que hay una progresiva pérdida de calidad de los medios escritos generalistas que les conduce a una mayor vulnerabilidad a que la agenda mediática sea determinada por intereses ajenos al periodismo. La falta de recursos determina que muchas noticias, también en los medios audiovisuales, sean en realidad estudios de divulgación patrocinados, publinreportajes remitidos por gabinetes de prensa de centros hospitalarios o intermediarios de actores de intereses especiales, información sobre actos o novedades que inundan las previsiones diarias y las entradas de los medios de comunicación o cualquier otra acción relacionada más con el marketing que con verdaderas novedades. Todo ello condiciona una visión de la salud medicalizada, el fomento de prácticas sanitarias no recomendadas -el cribado de cáncer de próstata por ejemplo-, un determinado tipo de definición de los problemas más centrados en el individuo y, en general, el silencio sobre otras aproximaciones a los problemas de salud.

El caso de los medios de comunicación específicos en salud es distinta ya que prácticamente todos están capturados en origen al depender su financiación de las empresas de productos sanitarios de fármacos o proveedoras de servicios de salud. Su influencia es indudable porque llegan a ofrecer publicaciones destinadas a colectivos específicos entre los que se incluyen los parlamentarios de sanidad.

Los resultados observados apoyan la idea de que los medios contribuyen a una definición de los problemas de salud que es favorable a las empresas que actúan en política de salud y que esta forma de enmarcar los problemas está alimentada deliberadamente por estas empresas. Se contribuye con ello a la captura del entorno informativo intelectual en el que se desenvuelven los actores políticos condicionando, junto con otros hechos antes considerados, sus actuaciones.

Los altos cargos son conscientes al poco de tomar posesión en sanidad de la importancia del dossier de prensa a la que algunos altos responsables le dan una

importancia inusitada alimentando la política de gabinete que hemos considerado en detalle. A cualquier observador externo la situación le puede resultar chocante dados los inmensos recursos dedicados a minucias recogidas en los medios de comunicación - incluso por un medio chantajista conocido en el Ministerio y entornos aledaños- mientras se descuida la realidad y los objetivos estratégicos -cuando los hay- del departamento. También advierten los altos cargos precozmente que la inacción está primada, entre otros motivos porque evita el aparecer en el dossier de los medios que cada día le entregan y porque alguien ya le ha advertido de que el escaso movimiento suele asociarse a la estabilidad en el cargo. Se trata de un medio hostil a la innovación y liderazgo que junto a otras inercias poco perceptibles empujan a una acción política conservadora y en los casos más arriesgados o un incrementalismo tímido. Es una forma de captura que enlaza con otra serie de procesos mostrados en los distintos apartados de los resultados.

#### **G) La prevención de influencias indebidas.**

Sobre esta parte de la tesis no teníamos una posición previa, se trataba de describir las recomendaciones que espontáneamente surgen de personas que en muchos casos han estado describiendo situaciones calificadas de mal gobierno. No es sencillo detectar si alguna de las propuestas es innovadora por las numerosas publicaciones en este ámbito tanto generales como específicas del sector salud. Por ejemplo, el capítulo 4 sobre Buen gobierno de la sanidad del informe de la Asociación de Economía de la Salud incluye varias de las propuestas recogidas<sup>24</sup>. Por otra parte Villoria propone una serie de recomendaciones sobre conflictos de interés que incluye buena parte de las propuestas en este terreno y las elabora en detalle<sup>164</sup>. Incluso las propuestas de buen gobierno realizadas por los periodistas entrevistados podían encajar en las recomendaciones de Arribas y Villoria<sup>165</sup>.

Creemos que la recomendación de mejorar la capacidad técnica de los funcionarios y altos cargos debe considerarse porque coincide con el hecho de que la captura de políticas encuentra facilidades en entornos de ausencia de voces autorizadas y cuando hay falta de capacidades técnicas. El énfasis de varios entrevistados en un sistema efectivo de sanciones e incentivos refleja sus comentarios sobre la futilidad de

muchos códigos, declaraciones de interés, etc. cuando no se acompañan de reglas al cumplimiento y de mecanismos de protección del denunciante.

Las insuficiencias de las actuales leyes de buen gobierno quedan patentes de acuerdo a la visión de los interlocutores que proponen su extensión y aportan propuestas apreciables sobre buen gobierno de la salud a nivel estatal en consonancia con los problemas detectados. Cabe destacar la consistencia en recomendar la creación de una agencia independiente para informar las políticas de salud.

## 2. LAS COLABORACIONES PÚBLICO-PRIVADAS.

Los resultados descritos muestran que no hay evidencias científicas para apoyar las colaboraciones público-privadas en promoción de la salud. Un tipo de colaboración que bajo diversas formas está ganando aceptación entre los actores políticos y que está activamente promovida por empresas de productos insalubres. Lo que también muestra nuestros resultados, algo inédito, es que hay un entorno científico favorable a estas colaboraciones. Este entorno favorable se debe a numerosas editoriales y comentarios editoriales en revistas científicas que no están fundamentados. No podemos probar que se trata de una acción deliberada, pero sí que estos autores favorables tenían mucha más frecuencia de conflictos de intereses. Es posible que se haya creado un entorno favorable estas colaboraciones por la decisión de algunos gobiernos, instituciones multilaterales y agencias reguladoras de implicarse en estas actuaciones.

Lo que se infiere tras el análisis de los resultados es que no es recomendable establecer colaboraciones para promover la salud con compañías que fabrican o distribuyen productos que están en el origen de enfermedades. Los requisitos que pueden aplicarse para establecer estas colaboraciones, excluyen esta posibilidad. Pese a ello el Ministerio de Sanidad de la mano de las ministras Pajín y Mato han llegado a acuerdos con los productores de bebidas alcohólicas y muchas instituciones trabajan asiduamente con empresas como Coca-Cola que como hemos descrito financia generosamente asociaciones médicas. Un criterio de un gobierno en el futuro sería aplicar el principio de precaución antes de implicarse en colaboraciones de este carácter.

## CONCLUSIONES:

En la discusión se han valorado los diversos resultados observados en la presente investigación contrastándolos con el conocimiento científico disponible. En este apartado se redactan las conclusiones sobre la hipótesis principal y las secundarias y se analizan en función de su verosimilitud a la luz de los resultados, de las consideraciones ya abordadas en la discusión y del conocimiento disponible. Se ponía a prueba en primer lugar la hipótesis principal sobre si los procesos de decisión de políticas públicas de salud en España están sujetos a influencias por actores interesados que determinan un grado de captura de las políticas y de las agencias de salud que es evitable. En segundo lugar, se ponía a prueba la hipótesis de que la información científica sobre las colaboraciones público-privadas en salud se asocia los conflictos de interés y de que no hay suficientes pruebas científicas sobre la efectividad de las colaboraciones público-privadas en la promoción de la salud.

A fin de alcanzar conclusiones de carácter más genérico sobre la hipótesis principal se van a pormenorizar las conclusiones que podemos denominar parciales y que están relacionadas con los objetivos de investigación en los que esta hipótesis se concreta.

Los primeros resultados descritos se han centrado en la identificación de los actores principales que influyen en la formulación de políticas que afectan a la salud de la población. A los efectos de valorar la posibilidad de que la formulación de políticas de salud tenga o no cierto grado de captura es relevante considerar las características de los actores e instituciones políticas implicadas en la salud. Los resultados observados nos llevan a concluir lo siguiente: **los actores e instituciones políticas relacionadas con la política de salud en España han perdido capacidad técnica y desarrollan una acción política más dependiente de la agenda pública y mediática marcada por el sector privado que de un programa previamente establecido.**

Los resultados que contribuyen a fundamentar esta conclusión proceden de las respuestas de los entrevistados a preguntas concretas y de sus manifestaciones espontáneas cuando se les pidió que expusieran sus opiniones sobre posibles propuestas para prevenir influencias indebidas. Es improbable que las respuestas o manifestaciones

espontáneas sobre la pérdida de capacidad técnica y sobre la necesidad de recuperarla sea producto de algún sesgo de la entrevista, ya que no es un resultado relacionado directamente con la hipótesis principal, independientemente que aquí se valoren los efectos que esta circunstancia pueden tener en la captura de gobierno.

La descapitalización de la inteligencia técnica se ha descrito también en la administración europea. Algunas de las personas entrevistadas, altos funcionarios de la Unión Europea, han coincidido en la frecuencia con la que ahora deben abordar los asuntos con funcionarios de perfil generalista formados sobre todo en administración empresarial y asignados sucesivamente a campos tan diversos que pueden ir desde la aeronáutica a la promoción de la salud pasando por política agrícola.

En el Ministerio de Sanidad es fácilmente constatable la desaparición de los cuerpos técnicos específicos de sanidad por la ausencia de oposiciones a estos cuerpos en los últimos decenios. La asunción de servicios técnicos por profesionales multitarea o la reducción de las capacidades de estos servicios por la mera reducción de personal, puede hacer más vulnerable la administración pública a las influencias externas.

En la discusión se han descrito algunos casos que enlazan la falta de capacidad técnica en asuntos concretos con la decisión de establecer acciones de promoción de salud contraproducentes y dependientes de las agendas de actores interesados. Es el caso antes descrito sobre la pandemia de gripe A y el intento de la compañía Coca-Cola de participar con sus productos en la prevención de esta infección. El caso muestra que los conocimientos y capacidades técnicas pueden prevenir algunos acuerdos público-privados indeseables para la independencia y confianza que requieren las autoridades sanitarias<sup>135</sup>. Podría argumentarse que este caso lo que revela es la necesidad de formación en buen gobierno de los servidores públicos. Sin duda es así pues la interacción público privada y las estrategias de los actores interesados deben formar parte de la formación de buen gobierno, formación por otra parte recomendada por buen número de entrevistados. Es posible que cualquier alto funcionario con formación en buen gobierno hubiese detectado que era arriesgado ceder la imagen del Ministerio de Sanidad para ser usada en los productos estrella a una empresa considerada en el ámbito científico y profesional de la salud pública como una de las causas de la pandemia de obesidad. No ocurrió en esta ocasión, la interrupción de la negociación fue consecuencia

de la firmeza de la vertiente técnica. En cualquier caso la complejidad creciente del análisis de las interacciones público privadas en el campo de la salud, por ejemplo en las concesiones sanitarias, aconsejan no obviar la contribución técnica de alto nivel para su correcta gestión desde el ámbito público. La denominada “policy capacity” descrita por Forest como la aptitud para transformar ideas políticas en propuestas adecuadamente elaboradas o determinar porque son arriesgadas<sup>166</sup>, requiere disponer de personal técnico especializado, usualmente altos funcionarios, o establecer mecanismos para obtener esta capacidad externamente<sup>167</sup>.

Esta necesidad de capacidad técnica queda quizá más patente con otro caso sobre la redacción de normas de protección de la salud. Cuando se redactó el Real Decreto 639/2010, de 14 de mayo, por el que se modifica el Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan diversos aspectos relacionados con el tabaco<sup>168</sup>, se produjeron situaciones complejas que requerían conocimiento extenso de las tácticas de la industria tabaquera, de los contenidos del tabaco y la forma de medirlos, y de las normativas internacionales sobre el tabaco. Para abordar la cuestión era imprescindible el concurso de técnicos de salud pública conocedores a fondo de las cuestiones relacionadas con la prevención del tabaquismo y de expertos jurídicos en este ámbito normativo. Errores, aparentemente de escasa importancia, sobre la extensión que deben ocupar las etiquetas y advertencias sobre la salud en las superficies de los distintos formatos de presentación de las labores del tabaco podrían dar lugar a la posterior impugnación del Real Decreto. La industria tabaquera ofrecía a sus técnicos para facilitar la labor con el objetivo no explícito de que la redacción fuese tan compleja que fuera más vulnerable a recursos –se constató que algunas de las propuestas de la industria eran inaplicables a algunas presentaciones-. Sólo el conocimiento profundo del asunto por parte de los técnicos evitó problemas posteriores. Se podría argumentar que la influencia ejercida en este caso por la industria del tabaco era de carácter técnico y como tal no afectaba a la dirección de la política, es decir al componente nuclear de la norma que era la introducción advertencias sobre la salud en los productos del tabaco. Este tipo de influencia denominada técnica, que se ha descrito con frecuencia en actuaciones de armonización y de otro cariz de la Unión Europea<sup>169</sup>, suele ser más viable que las que intentan cambiar la dirección de la política. Las cuestiones técnicas en la toma de decisiones pueden ser motivo cooperación público privada satisfactoria.

Sin embargo, en el caso del tabaco, al igual que ha ocurrido con normas sobre productos químicos, se han detectado riesgos de que la colaboración lleve a provocar una norma inefectiva y de ahí la necesidad de contar con inteligencia técnica en la administración.

En otro ámbito, como es el de la prevención del consumo de bebidas alcohólicas por menores y jóvenes, se ha podido comprobar el deterioro de la acción pública por falta de contrapesos internos técnicos que han desembocado en situaciones tan paradójicas como la concesión de una distinción ministerial a la Federación Española de Bebidas Espirituosas ya mencionada en la discusión<sup>137</sup>. Hay conocimientos y capacidades suficientes en España sobre la articulación de políticas de prevención del consumo de alcohol en adolescentes y sobre las estrategias que emplean todos los actores interesados en estas políticas que podrían aplicarse de mejor forma a la formulación de políticas preventivas si se contase con esas capacidades técnicas disponibles<sup>170171</sup>.

Resumiendo, lo recogido en las entrevistas acerca de la reducción de cuerpos técnicos especializados en salud coincide con hechos fácilmente comprobables y se entiende que es prueba suficiente para aceptar que hay una pérdida de capacidad técnica en la administración estatal sanitaria. La relación entre la falta de capacidad técnica y la vulnerabilidad a la captura de políticas puede establecerse a partir de los casos descritos y por los diversos estudios sobre captura de gobierno o incluso sobre corrupción que apuntan habitualmente en sus recomendaciones preventivas a la disponibilidad de capacidad técnica. Hay algunas actividades y algunos entornos en los que la relación mencionada se ha establecido con claridad. Por ejemplo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en un informe preliminar sobre esta cuestión incide en la falta de capacidad técnica y de manejo de la información como factores de riesgo de la corrupción<sup>172</sup>. En el ámbito del desarrollo de sistemas sanitarios, la Fundación Rockefeller subraya la necesidad de dirección y control en regulación desde los gobiernos -Regulatory Command-and-Control Measures- como garantía de prevención de captura incluyendo en esta necesidad las siguientes: capacidad técnica para realizar funciones reguladoras básicas (establecimiento de estándares, provisión de información, seguimiento de la ejecución y dirección de revisión legislativa); capacidad para procesar información apropiadamente; y, aptitud para trabajar con otros sectores del gobierno y con otros actores<sup>173</sup>. En el caso estudiado en esta investigación, los resultados indican que por ejemplo la distancia técnica y de disponibilidad y manejo

apropiado de información entre la Subdirección General de Farmacia y cualquier industria farmacéutica de cierto calibre es abismal mostrando una de las causas de la debilidad del Ministerio de Sanidad en el establecimiento de una política de farmacia independiente. El Informe sobre el desarrollo mundial de 2014 del Banco Mundial, relaciona el fracaso de gobierno con la captura de gobierno y entre las cuatro categorías de fracasos nombra la insuficiencia de recursos y capacidad<sup>174</sup>. Aunque centrado preferentemente en países de bajos o medianos ingresos, describe que la cuestión de la capacidad técnica es clave en la mejora de la calidad de gobierno en términos generales.

La segunda parte de la primera conclusión sostiene que la política estatal de salud en España no depende tanto de un programa previamente establecido sino que es influida por la agenda pública y mediática. Repullo e Infante lo han descrito como “gabinetización” de la política y lo describen como “un peso cada vez mayor de los gabinetes del Ministro, los Secretarios Generales y los Subsecretarios (incluido el gabinete de prensa) en el diseño y el control de las políticas en detrimento de las unidades de técnicas de línea (es decir, de las Direcciones Generales) con el riesgo de subjetivismo y arbitrariedad que ello a menudo implica”<sup>132</sup>. Coinciden con las afirmaciones de buena parte de los entrevistados que ejercen o han ejercido sus funciones en el Ministerio de Sanidad. Es más, en una fase posterior a las entrevistas realizadas para la presente investigación, en el transcurso de reuniones con altos funcionarios del Ministerio se ha constatado que esa tendencia se ha acentuado en los últimos 5 años con una alta desconexión entre la acción de la cúpula del Ministerio y las unidades técnicas. La consideración exhaustiva del comportamiento de los actores de la política de salud requiere un marco de análisis exhaustivo sobre los condicionantes de la acción política actual que sale del alcance de este trabajo. No obstante, la afirmación sobre que la política actual se ha transformado más en una política de gabinete e imagen que de acciones planificadas de acuerdo a un programa de gobierno hay que contextualizarla en la situación del Ministerio de Sanidad. En primer lugar hay que señalar lo antes considerado sobre la reducción de la capacidad técnica del Ministerio. Por otra parte, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, es el único centro directivo que retiene su capacidad técnica. El Ministerio de Sanidad perdió la gestión administrativa del Instituto de Salud Carlos III que asumieron sucesivamente el Ministerio de Ciencia y el de Economía. Aunque el Instituto dependa funcionalmente



del Ministerio de Sanidad, en la práctica la carencia de este organismo que concentra la inteligencia sanitaria estatal disponible –monitorización de los problemas de salud, evaluación de tecnologías, etc.- limita las capacidades de liderazgo sobre todo cuando la propia capacidad de liderazgo es de partida escasa. Pocas personas nombradas responsables del Ministerio de Sanidad han tenido respaldo claro de presidencia de Gobierno que les facilite el liderazgo y aunque el liderazgo no es solo cuestión de personas, el apoyo influye). La Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición muestra una tendencia similar a la del resto del Ministerio. Las competencias sanitarias con las excepciones ya antes indicadas corresponden a las comunidades autónomas (ver páginas 46-47). En esta situación, el papel del Ministerio debería consistir en dirigir y coordinar adecuadamente las políticas de salud. Esto supone función de rectoría (legislación básica adecuada, coordinación, alta inspección, información transparente y normas técnicas oportunas). Al mismo tiempo debería, asumir la complejidad vertical del espacio decisonal e influir en la política europea y mundial relacionada con la salud lo que contribuiría a su capacidad de influencia y liderazgo. Este papel requiere la alta capacidad técnica que demuestran algunos países europeos llevando delegaciones numerosas y de gran nivel técnico a los órganos de consulta y codecisión mientras que España otorga menos relevancia a este aspecto de la política de salud. Paradójicamente, España cuenta con una alta capacidad técnica y científica en salud pública que no se aprovecha, entre otros motivos porque no se considera adecuada la participación en la representación de España en el exterior de personas que no ejerzan sus funciones en la Administración General del Estado. En ocasiones concretas en las que por motivos de agenda se carecía de capacidad para enviar algún representante, se ha impedido que altos cargos de las comunidades autónomas representaran a España en organismos internacionales de salud de carácter técnico. Igualmente, el liderazgo de la política estatal de salud pública requeriría que el Ministerio actuase de facilitador del principio de salud en todas las políticas, tratando de estimular las acciones sinérgicas con otros departamentos de la política estatal. La Ley 33/2011 General de Salud Pública establece algunos instrumentos para realizar estas acciones; sin embargo, al igual que otras normas, es sistemáticamente infringida por la administración del estado. Es cierto que la carencia de recursos no facilita que el Ministerio pueda influir en el comportamiento de los actores mediante la asignación de fondos complementarios de asignación finalista que estimulen buenas práctica. Sin embargo, cuando estaban

disponibles tampoco cumplieran con suficiente efectividad este papel y nada impide que el Ministerio ahora mismo desarrollase con efectividad las acciones de dirección y control antes mencionadas así como las dirigidas a la mejor gobernanza respecto a las políticas de salud.

Si exploramos la posibilidad alternativa de que la política de salud se guía por programas previamente definidos puede admitirse que en algunos casos se pueden trazar algunas acciones a los programas políticos de los partidos que sustentan el gobierno. Por ejemplo la propia Ley General de Salud Pública y la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición estaban previstas en el programa de gobierno de Partido Socialista Obrero Español de 2008<sup>175</sup>. Sin embargo, no es posible detectar una continuidad en la acción política ni una planificación a medio y largo plazo. Muchos de las personas entrevistadas, altos cargos incluidos, describían que no recibían orientaciones claras sobre la acción a desarrollar, independientemente de que la inacción estuviese estimulada y de que algunas iniciativas, incluidas propuestas electorales, se desarrollaban a pesar de la acción de obstrucción por parte de la cúpula ministerial. Algún responsable de comunicación ministerial o responsable de gabinete, relató con franqueza que todas las acciones estaban dirigidas a favorecer la imagen pública del máximo responsable del Ministerio y que interesaban actuaciones que tuviesen impacto en los medios. Como ejemplo ilustrativo puede mencionarse en 2008 la creación de un Observatorio Nacional de Cambio Climático y Salud del que se hizo eco la prensa desde el anuncio de su futura creación hasta que esta se produjo, aunque detrás de la propuesta no hubiese ningún recurso. No es inhabitual que algún cargo directivo comentase que recibía retroalimentación más positiva por la aparición de una medida en los medios de comunicación que por la implantación y evaluación adecuada de una actuación de mucha mayor relevancia social.

La teoría sobre el efecto de la influencia de los medios de comunicación en la agenda pública y política tiene su raíz en la obra del periodista Walter Lippmann en 1922<sup>176</sup>. A principios de los años 70 Combs y Shaw acuñan el nombre “agenda setting” y posteriores estudios corroboran que los efectos de los medios en la opinión pública afecta a la formulación de políticas<sup>177178179</sup>. El fenómeno de “gabinetización” descrito en los resultados podría estar relacionado con los procesos de establecimiento de agenda y con tendencias subyacentes en la formulación de políticas; no obstante, nuestros

resultados no alcanzan a determinar si se produce este efecto del establecimiento de agenda en la política de salud, pues los hechos relatados sólo ponen de manifiesto que hay una tendencia a desarrollar acciones políticas de poco calado e insuficiente continuidad como para modificar la realidad pero que son capaces de tener eco en los medios como para procurar una mejor imagen pública de los responsables políticos de salud. En la discusión (pag. 143) se ha mencionado otro caso paradigmático – la vacuna de la varicela- de una forma peculiar de tomar decisiones en política de salud pública que resume algunos de las características del fracaso de las políticas de salud. El caso de la vacuna de la varicela en concreto y en general la política de vacunas en España ilustra una toma de decisiones por la cúpula del Ministerio que no sigue los procedimientos técnicos y políticos usualmente acordados y que se adopta en función de influencias de diversos tipo entre las que la imagen pública junto con las acciones de actores interesados juegan un papel más o menos considerable. Son decisiones que por otra parte ponen a prueba la calidad de la institución y entre ellas la coordinación y el funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Si el Ministerio no sigue procedimientos estandarizados para tomar decisiones sobre vacunas en los que se respetan la participación de las comunidades autónomas a través de los órganos del Consejo Interterritorial, que a estos efectos son la Ponencia de Vacunas y la Comisión Nacional de Salud Pública, pierde su capacidad de influencia y liderazgo para mantener la cohesión del sistema. La industria farmacéutica ha empleado con frecuencia la estrategia de ofrecer gratuitamente una vacuna que está en discusión a una comunidad autónoma de pequeño tamaño a fin de romper la unanimidad y aprovecharse de la competencia empobrecedora posterior por la que otras comunidades autónomas no desean ser menos que otras. No ha sido anecdótico que se hayan usado las vacunas como arma electoral. En escenarios así, la falta de liderazgo del Ministerio y la ausencia de una agencia técnica dificultan que pueda encauzarse la situación.

La falta de liderazgo hasta aquí comentada, y los resultados sobre el funcionamiento del sistema de salud apoyan conclusiones relacionadas con la anterior: **los actores políticos, incluido el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, tienen escasa capacidad de liderazgo y su actuación es insatisfactoria; es**

**necesaria una agencia de salud solvente con capacidades técnicas y científicas reconocidas.**

Son conclusiones basadas en la coincidencia de muchos de los interlocutores entrevistados y en los análisis de diversos autores que se han mencionado en el marco teórico la discusión<sup>67-75</sup>. Es cierto, que los análisis hasta ahora publicados se han centrado sobre todo en los servicios sanitarios, pero son pertinentes a las políticas de salud pública y en general a la política de salud en lo relativo a los actores políticos y a la necesidad de una agencia de salud independiente. La explosión de complejidad decisional apuntada por Subirats y Dente como característica inherente a las políticas públicas actuales, tan patente en el caso de la salud, traza el espacio de la actuación política del Ministerio de Sanidad<sup>44</sup>. Ya hemos advertido que la pérdida de capacidades limita el desarrollo de la política de salud requerida en el nivel estatal pero eso no quiere decir que sea irrealizable. Tal como más arriba se indica, se trata justamente del papel del Ministerio en gobernar la dimensión vertical que afecta a sus decisiones aprovechando todo el caudal de riqueza técnica y normativa proveniente del nivel internacional para orientar el sistema de salud con la legislación adecuada y las normas técnicas oportunas. Igualmente, y en sentido recíproco, debe usar todas las capacidades nacionales y regionales disponibles para influir en la toma de decisiones en los organismos internacionales. Debe a su vez coordinar acciones horizontales en el Gobierno de España para aplicar el principio de salud en todas las políticas y usar su posición privilegiada –la que otorga ser la máxima autoridad de salud del país– para propiciar una saludable interacción de otros actores en la política de salud que impregne al conjunto de actores en el nivel nacional. Es sin duda compleja la acción política de un Ministerio con pocos recursos económicos, y es posible que esa complejidad junto a la pérdida de capacidades y la ausencia agencia explique que los responsables ministeriales tiendan a interpretar que su papel es limitado y les conduzca a optar por opciones alternativas más rentables en términos de ganancias personales de imagen. Debe reconocerse además que el entorno es hostil para gobernar la complejidad. En la discusión se ha descrito la resistencia interna del gobierno al diseño de la arquitectura administrativa de coordinación para el diseño de la política de seguridad sanitaria a largo plazo que sin embargo tan bien funciona en caso de crisis. De hecho, el adecuado gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud es posible tal como se ha

demostrado en la práctica cuando ocurrió la pandemia de gripe. Sin necesidad de situaciones excepcionales, autores como Repullo y Freire apuntan a diversas soluciones que no son especialmente complejas<sup>180</sup>. Otros autores coinciden en que el Sistema Nacional de Salud requiere un mejor funcionamiento y mayor liderazgo<sup>21-23</sup>.

También se observa coincidencia sobre la necesidad de una agencia de alto nivel técnico de salud capaz de evaluar políticas y tecnologías y jugar un papel internacional en la prestación de servicios, al menos en la Unión Europea. En la prensa especializada se ha llegado a hablar de “clamor por un ‘Hispanice’”<sup>181</sup>. Se le denomina Hispa Nice a semejanza de la agencia británica National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hay motivos para usar el NICE como referencia pues ha sido usado de ejemplo de buen gobierno con frecuencia. Por ejemplo, el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud, menciona de forma reiterada en su publicación sobre el refuerzo de la Gobernanza de los sistemas de salud las cualidades del NICE cuando revisa los distintos aspectos del marco de buen gobierno que proponen: TAPIC (transparencia, rendición de cuentas, participación, integridad y capacidad)<sup>164</sup>. La segunda recomendación de Repullo y Freire para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud a nivel macro es la siguiente: “Creación de la Agencia del Sistema Nacional de Salud con nuevos instrumentos de coordinación operativa: fondos de cohesión, de compensación y de inversión; evaluación de tecnologías y medicamentos (Hispa-NICE); y aplicación de criterio de transparencia reforzada y comparación abierta en todos los sistemas de información de comunidades autónomas, centros y servicios”. Es obvio que la conclusión redactada sobre la necesidad de una agencia pública de salud en los términos descritos no es novedosa, si acaso, nuestros resultados confirman que hay unanimidad, entre los interlocutores que se han pronunciado, sobre que es un instrumento indispensable para una adecuada política de salud. En esta misma línea se han pronunciado otros expertos que han participado en el último informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria con títulos bastante elocuentes: “Cómo articular la cooperación en red de los recursos sobre conocimiento y evaluación en salud y servicios sanitarios en España. ¿Hacia un HispaNICE?”; “Promoting good practice in health promotion in Spain: the potential role of a new agency”<sup>182183</sup>. Cabe subrayar en este punto que los borradores de la Ley General de Salud Pública concebían este tipo de agencia con absoluta claridad. Se había diseñado una agencia que reuniese

las capacidades de todo el estado de forma articulada y eficiente para poner lo mejor del país al servicio de la comunidad que lo necesitase y del Gobierno de España así como para actuar a nivel internacional. Las resistencias internas tanto del Ministerio de Economía como del propio Ministerio de Sanidad redujeron a un artículo de la ley lo que era un capítulo completo dejando el Centro Estatal de Salud Pública con un alcance muy limitando. Un artículo que está entre los muchos de esa ley que el Ministerio lleva 5 años sin cumplir.

El informe antes citado del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud reconoce que las agencias no son una panacea y que también pueden ser vulnerables a la captura<sup>167</sup>, pero ponen el ejemplo del NICE como acción de buen gobierno que ha afrontado las posibilidades de captura. Es más, en ocasiones las acusaciones de captura son una forma deliberada de tratar de que no haya agencias, es posible proteger las agencias de la captura tal como se pone en evidencia en la obra de Carpenter y Moss<sup>50</sup>. Nuestra conclusión esperable sobre la necesidad de agencia no contribuye necesariamente al examen de la hipótesis principal sobre la captura de gobierno, se relacionaría más con el apartado de recomendaciones para mejorar el gobierno de la salud, pero entendemos que una agencia de las características señaladas puede contribuir a reducir el grado de captura pues su propuesta se enfoca a mejorar las capacidades técnicas del sistema que sin duda contribuyen a hacerlo menos vulnerable a intereses ajenos al interés general tal como más arriba se ha tratado. Por último, es de interés recordar aquí la visión aportada por una destacada periodista nacional entrevistada que sostiene las industrias interesadas en salud prefieren la ausencia de agencias y de voces autorizadas, pues en un entorno público en el que faltan posiciones autorizadas y acreditadas, da lugar a aparente equivalencia entre las diversas posiciones y propuestas lo que facilita sus objetivos. Esta afirmación se enlaza con las múltiples pruebas disponibles acerca de que las industrias relacionadas con la salud han usado en los últimos 50 años un gran abanico de estrategias para crear dudas sobre los hallazgos científicos que asocian la enfermedad con sus productos<sup>32</sup>. La emisión de recomendaciones científica y socialmente fundamentadas en salud pública es precisamente uno de los papeles que debe cumplir una agencia de salud pública y que contribuye a evitar la captura de políticas tal como describe Cuellar acerca de la actuación de los Centers for Disease Control and Prevention en diversos problemas de

salud a lo largo de su historia que por cierto se basa en su reputación de competencia y eficacia técnica tanto dentro como fuera del gobierno<sup>145</sup>.

El análisis de los resultados sobre los actores relevantes en la política de salud en España y sus formas de actuación llevan a concluir que: **hay una amplia pluralidad de actores en política de salud pero la amplia disponibilidad de recursos de las empresas relacionadas con la salud, causa un déficit democrático, no solo por su actuación directa sino porque logran que la mayor parte de actores este alineado con sus intereses.**

La tabla 2 de los resultados constata la pluralidad de actores. Las personas entrevistadas nombraron hasta 45 tipos de actores en política de salud más o menos relevantes. En algún caso la influencia que ejercen los actores identificados es menor de la esperada para el papel previsto constitucionalmente, es el caso de los sindicatos y partidos políticos, mientras que en otros casos la capacidad de influencia estimada es mucho más alta de la que a priori podría esperarse, por ejemplo el desarrollo de líderes clínicos por parte de la industria farmacéutica para promocionar productos. Lo que aquí cabe cuestionar es si efectivamente el déficit democrático señalado ha ocurrido realmente, si sus causas conocidas se han constatado y han originado este desequilibrio o si en realidad no hay tal diferencia entre la magnitud de influencia ejercida por las empresas relacionadas con la salud y el resto de actores.

En la investigación sobre política europea se suele aceptar que el acceso a las estructuras de decisión por parte de los grupos de interés es equilibrado. Hoff et al. se refieren a esta asunción como un conocimiento aceptado y compartido “wisdom received”<sup>184</sup>. Kurzer y Cooper consideran que la literatura sobre lobby en la Unión Europea sugiere esta ausencia de sesgo en el acceso de los grupos de interés a los procesos políticos y que los grupos que representan intereses difusos de los consumidores tienen considerable influencia a pesar de su reducido tamaño, escasos recursos y estructura fragmentada<sup>185</sup> (Kurzer). Esta afirmación, escrita para a continuación presentar un caso que la desmiente, se basa en los trabajos de Klüver, Mahoney y Eising<sup>186187188</sup> (). La investigación de Kurzer aborda el proceso de decisión europea sobre el etiquetado de alimentos en el que los representantes de los intereses de los consumidores se enfrentaban a los de las industrias de bebidas y alimentación. De

una parte se esgrimía como argumento la lucha contra la obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles; y por otra, los intereses comerciales de las mencionadas industrias y productores. Este caso es de extraordinario interés para la salud pública, por la magnitud de los intereses en juego y porque en estos momentos ha aumentado el interés de la comunidad mundial de salud pública en el uso de la ley para proteger la salud, siendo la nutrición una de las dianas principales de aplicación normativa. La magnitud de los intereses en juego queda ilustrada por la extraordinaria cantidad de recursos económicos empleados por la industria en actividades de lobby de acuerdo a lo comunicado por el Corporate European Observatory<sup>105</sup> y porque los alimentos y bebidas insalubres son causas atribuibles de los problemas de salud más prevalentes en nuestras sociedades. El interés creciente por la aplicación de la ley como medida de protección de la salud puede comprobarse por el aumento del interés académico en este terreno en los últimos años y fruto de ese interés es la amplia revisión publicada recientemente por la OMS con un capítulo extenso dedicado a los alimentos y bebidas<sup>189190</sup>.

El artículo de Kurzer y Cooper junto a la contestación de Hoof et al. cuestionando las tesis de estos autores ayudan a centrar adecuadamente el tema a debate. Los primeros sostienen que la fuerza del encuadre o contextualización del problema –framing-, el tamaño de la coalición de lobby y la identidad del ponente en el Parlamento Europeo determinaron la decisión que fue favorable a la industria. Los autores son cautos y no concluyen que esta situación se dé siempre, sugieren la necesidad de investigaciones futuras para comprobar si la situación observada sobre que el Parlamento no es favorable a los intereses difusos se repite.

Según ellos lo que ocurrió es que el encuadre que las ONG lograron en sus relaciones iniciales con la Comisión Europea –el etiquetado es una herramienta para mejorar la salud pública y luchar contra la obesidad- de forma que fuese dominante en la fase de borrador de la norma remitida al Parlamento, no pudieron mantenerlo durante todo el proceso. La causa de la vulnerabilidad de la propuesta de las ONG se atribuye a las dificultades de encuadrar el problema en términos de juicios morales como se hizo con el tabaco o en términos de políticas de etiquetado. Les costó movilizar a la opinión pública pues los matices sobre alimentos perjudiciales o beneficiosos son complejos y se requiere especificidades técnicas que son susceptibles de encuadres alternativos por parte de la coalición de intereses de la industria que usó por ejemplo el de paternalismo



intrusivo –que es discutible-. La frase “cómo se va a poner un semáforo rojo al jamón ibérico” resume las dificultades de encuadre del etiquetado en forma de semáforo. De hecho, los autores muestran en su artículo, a partir de los datos del Eurobarómetro, lo difícil que es trasladar la cuestión del etiquetado y el aumento del índice de masa corporal medio de la población a un debate político emotivo como sí ocurrió con el cáncer y el tabaco o los organismos genéticamente modificados.

En segundo lugar o segunda dimensión de la oportunidad de política como lo denominan Kurzer y Cooper, el tamaño de la coalición de lobby de la industria fue mucho más extenso que el de las ONG. Basándose en la investigación de Klüver<sup>191</sup> sugieren que el efecto de no pertenecer a la coalición dominante se amplifica cuando el asunto es políticamente notable como ocurría con el etiquetado de los alimentos. En este caso hubo un desequilibrio en los aportes de grupos de las dos coaliciones de interés, por ejemplo la ponente de la norma, Renate Sommer, recibió un 70% de aportes de la industria lo que además está en concordancia con la presencia habitual de grupos en el Parlamento Europeo, 70% aproximadamente son representantes de intereses de la industria o de productores y 30% ONG que no todas representan intereses generales. La tercera dimensión de oportunidad de política es según los autores el grado en el que las ONG se ajustan al perfil político o ideológico de los actores clave, sobre todo de la persona encargada de la ponencia. Kurzer y Cooper, sostienen que en este caso la ponente estaba sesgada hacia la industria y argumentan, basándose en numerosas referencias, que el papel del ponente y su liderazgo tiene alta influencia en la decisión final. Según ello la influencia es manifiesta al revisar las observaciones de Sommer en su informe, la mayoría en línea con las preocupaciones de la industria.

Hoff et al. rebaten las conclusiones de Kurzer y Cooper. Para ello, realizan un análisis exhaustivo de las enmiendas recibidas en el Comité que tramitaba la norma (Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria - ENVI) y mediante un seguimiento de los 12 asuntos más notables de la norma. Concluyen que la ponente mostró un equilibrio razonable entre las dos posiciones en liza y que tanto el Comité como el Parlamento adoptaron cambios regulatorios en favor de los consumidores en numerosos puntos significativos, con algunas victorias clave de la industria más debidas a presiones del Consejo que del Parlamento. Las críticas a la posición de Kurzer y Cooper pertinentes a la discusión son las siguientes: los autores ignoran las propuestas

hechas por los ponentes alternativos u otros miembros del Parlamento así como las propuestas de compromiso de coaliciones de miembros del Parlamento; no aportan evidencias sobre la medida en que las propuestas de la ponente Sommer fueron respaldadas por el ENVI o el Parlamento para valorar el éxito de sus propuestas; no tienen en cuenta que el proceso acabó en segunda lectura y que por tanto requirió un compromiso entre el Parlamento Europeo y el Consejo. Por tanto si la regulación final es más pro industria que la propuesta remitida por la Comisión eso no significa necesariamente que ENVI o el Parlamento respaldaran la posición de Sommer. Hoff et al. prestan atención particular a la cuantificación y cualificación de las enmiendas para valorar si hay asimetría de logro de influencia por los grupos de interés en el proceso y cuantifican la admisión de enmiendas y su relevancia para medir el éxito de los actores en el resultado final.

A efectos de déficit democrático de representación en las instituciones, tiene menos importancia el hecho de que las posiciones del ponente del Parlamento Europeo hayan sido determinantes o lo hayan sido las del Consejo al ser el desenlace del proceso de aprobación en segunda lectura. Aunque es difícil de probar la situación contrafactual: ¿qué hubiese ocurrido en el caso de que no hubiese habido ninguna influencia de actores externos?, no parece adecuado medir la asimetría de un proceso cuantificando en número de enmiendas y dando igual peso a los distintos aspectos destacables de la normativa. El hecho es que las ONG no consiguieron sus propósitos fundamentales: el etiquetado usando forma de semáforo; la información frontal en el empaquetado; aumentar el tamaño de tipo de letra usada; y, que figure el país de origen de los productos. Que haya o no el mismo número de enmiendas por parte de las dos coaliciones no significa igualdad de representación e influencia si una coalición tiene grupos de tamaño reducido y muy escasa financiación mientras la otra tiene amplios recursos y emplea muchos otros canales de influencia más allá de los detectables en el proceso legislativo tal como describen Kurzer y Cooper basándose en diversas fuentes. La paridad en enmiendas no refleja equilibrio democrático, en primer lugar porque la misma paridad entre intereses concentrados y difusos ya no representa un equilibrio por motivos obvios. No parece justificado que los representantes en el parlamento presten igual atención y trabajo a los grupos que representan intereses difusos que a los que representan intereses de los productores. Sería de aplicación un principio de equidad por

el que debe prestarse más atención a quien tiene menos recursos, pero sobre todo a quien defiende el interés general. Con ello, cabe apuntar que efectivamente la defensa de intereses difusos, generalmente los de los ciudadanos europeos o consumidores, puede tener más representación en las instituciones europeas que en las nacionales por cuestión de economía de escala. Pues para asociaciones basadas en el voluntariado o la donación de particulares es más fácil mantener un representante en Bruselas por una alianza de asociaciones nacionales que no uno permanente en el parlamento de cada país. Por ejemplo, la Asociación Europea de Salud Pública (EUPHA) que se nutre de la colaboración de las asociaciones nacionales puede sufragar los gastos de alguna visita de alguno de sus directivos a los organismos europeos, pero la asociación española afiliada (SESPAS) no tiene recursos para que sus directivos, si no son de Madrid, acudan con frecuencia al Parlamento Español o a tener encuentros con actores políticos.

Por otra parte, cuando se habla de representación no sesgada en el acceso al Parlamento, se obvia en ocasiones que a efectos de buen gobierno y calidad democrática, no importa tanto en qué fase del proceso se produce el desequilibrio democrático sino ese mismo desequilibrio en el conjunto del proceso y los resultados. De ahí el interés de la investigación de Bouwen que pone de manifiesto el diferente grado de acceso de los distintos intereses de las industrias y productores a las tres instituciones europeas (Comisión, Parlamento y Consejo). Como era de esperar las grandes corporaciones son las que tienen más acceso a la Comisión, las asociaciones europeas al Parlamento y las asociaciones nacionales al Consejo, siempre hablando de intereses privados<sup>192</sup>. Las limitaciones del estudio de Bouwen subyacen en que se centra en el sector bancario y aunque considera que el marco teórico propuesto puede extenderse a otros actores, es necesario comprobarlo. Un aspecto que no puede obviarse por su relación con el acceso a las instituciones, tal como señala Bouwen, es que independientemente de las actividades de lobby, las instituciones europeas y nacionales necesitan contactar con los intereses privados por cuestiones técnicas, lo que denomina bienes de acceso. La disponibilidad de estos bienes de acceso, permite a los intereses privados un acceso frecuente a las instituciones. Esta es una acción necesaria, pero la interlocución para mejorar la calidad técnica de las normas no debería ser un acceso para acciones de lobby no transparente a cualquier nivel institucional. Bernhagen confirma lo apuntado por otros autores al analizar datos sobre 100 asuntos políticos de

la Unión Europea<sup>193</sup>. En concreto comprueba la efectividad de las acciones de lobby ante la Comisión Europea cuanto los grupos de interés aportan información que es relevante para la política específica que se está considerando. Este efecto positivo a los intereses se intensifica si además el grupo de interés goza de una buena relación con las unidades de la Comisión implicada, hecho que por sí mismo no tendría influencia. En resumen, de lo considerado hasta aquí, puede ser difícil sostener que hay equidad efectiva en el acceso a las instituciones, al contrario se deduce que hay desigualdad de recursos y que esta desigualdad puede favorecer la influencia del sector privado en las decisiones políticas. Esto no implica que haya un sesgo sistemático ni una ausencia de independencia de las instituciones, pero sí que cabría considerar acciones que favoreciesen una interlocución más justa con los representantes de intereses generales o difusos.

Continuando con los actores en la política de salud y para continuar contrastando la cuestión de déficit democrático ya en el ámbito español, es preciso atender a las relaciones internas entre ellos para entender las posiciones que cada actor puede sostener ante decisiones de políticas públicas. Los resultados y las consideraciones de la discusión acerca de esta cuestión nos lleva a las siguientes conclusiones: **las acciones de influencia o presión que realizan actores de interés específico o actores políticos abarcan desde la corrupción hasta acciones de carácter sutil para modificar el entorno en el que se adoptan las decisiones; los actores políticos en todos los niveles de gobierno ejercen influencia o presiones en otros actores políticos que en muchos casos pueden trazarse a actores con intereses específicos; la disponibilidad de recursos y capacidad estratégica de las corporaciones transnacionales motiva la captura del entorno intelectual relacionado con la política de salud. Es decir, logran definir los problemas y anticipar unas soluciones que están alineadas con sus intereses.**

Lo que han manifestado las personas entrevistadas sobre la acción de los distintos actores es congruente con lo apuntado por numerosas investigaciones sobre las estrategias de las industrias relacionadas con la salud y la enfermedad para capturar las políticas de salud<sup>2-4,28,32,38</sup>. Lo que añade los resultados es la constatación de las diversas acciones en las que se concretan estas estrategias en el caso de la política de salud en España. El conjunto de los resultados refuerzan la idea de que las industrias

alimentarias, de bebidas, de fármacos y otras relacionadas disponen de muchos más recursos que los actores que defienden intereses generales y que emplean estos recursos tanto en acción de influencia sobre las administraciones públicas como sobre el resto de actores. Ello confirma lo hasta aquí mencionado sobre déficit democrático. En el caso de la industria farmacéutica, el meticuloso análisis de Chaqués y Flores, basado en sus propias investigaciones y contrastado con la literatura, aporta un relato de la historia y actuaciones de Farmaindustria que coincide con los testimonios recogidos<sup>16</sup>. Las autoras mencionan los numerosos casos de puerta giratoria que contribuyen a ampliar la capacidad de los laboratorios farmacéuticos para imponer sus preferencias en la regulación. Nuestros resultados constatan los intentos (y éxitos) de la industria farmacéutica en reclutar a altos cargos y funcionarios relacionados con la política de farmacia y explican el procedimiento de forma que puede tenerse en cuenta a la hora de considerar las mejoras en calidad de gobierno en política de salud. El hecho de que tengan disponibles formas de sortear la legislación y las ofrezcan directamente a altos cargos en ejercicio ilustra el asunto. Por otra parte nuestros resultados complementan lo expuesto por Chaqués y Flores sobre el actual panorama de la política de farmacia derivados del sistema de gobernanza multinivel que afecta a los productos farmacéuticos. Parte de las competencias las tiene ahora la Unión Europea, mientras las comunidades autónomas tienen la capacidad de implantar políticas de uso racional de medicamentos y de contención del gasto mediante el uso de genéricos. El estado retiene la competencia de fijación de precios de los medicamentos, negocia descuentos con las industrias, establece el nivel de co-pago, y regula instrumentos como la financiación selectiva de medicamentos, los genéricos y precios de referencia. En este contexto la industria ha modificado sus estrategias de influencia al verse obligada a acudir a centros de decisión distintos. La figura del líder clínico reconocido, profesional cuya carrera investigadora y clínica se ha forjado cerca de una empresa de la que promociona sus fármacos indirectamente en encuentros formativos y científicos o la figura del representante a alto nivel en comunidades autónomas, direcciones y farmacias hospitalarias recogidos en esta investigación son ejemplos de las formas actuales de ejercer influencia. También se ha acentuado, según algunos entrevistados, la financiación de expertos que trabajan en las distintas facetas de la aprobación de medicamentos –áreas de fármaco economía, metodología de investigación, etc. Este es un aspecto no siempre tenido en cuenta al investigar sobre la independencia de las

agencias reguladoras, como la Agencia Europea del Medicamento. Dados los sistemas de control y contrapesos, algún autor se pregunta de qué manera la industria puede dominar el proceso de autorización<sup>194</sup>. Un alto cargo del Ministerio relacionado con la Agencia Europea del Medicamento relata en la entrevista que hoy día es difícil encontrar expertos que no tengan conflictos de interés y esto ocurre con frecuencia en los grupos de expertos a nivel europeo al igual que sucede en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Es producto de la inversión en formación e investigación de la industria que logra determinar la agenda en ese campo. Así lo ponen de manifiesto muchas investigaciones realizadas sobre la situación de las sociedades profesionales y científicas relacionadas con la salud, sobre la financiación de la investigación biomédica, sobre la producción de guías de práctica clínica o sobre las organizaciones de pacientes que demuestran sin lugar a duda un alto grado de captura<sup>195196197198199200201202</sup>. Sin embargo, estos hechos son pocas veces perceptibles por los propios actores que los valoran como parte de la normalidad. Por ello se afirma en este trabajo que las acciones de influencia abarcan desde casos de clara corrupción (ofrecer dinero a máximas autoridades sanitarias para que adopte una decisión) a influencias sutiles tal como la financiación de un encuentro científico. Aun hoy día es chocante para algunas personas que se les pida una declaración de intereses detallada. La norma adoptada por la administración estadounidense “Physician Payments Sunshine Act” está teniendo efectos generalizados. Esta norma dispone que las compañías farmacéuticas deben publicar los pagos que hacen a médicos por cualquier motivo y a organizaciones sanitarias. La European Federation of Pharmaceutical Industry Associations y sus afiliadas, entre ellas Farmaindustria han publicado códigos de buenas prácticas y han adoptado la decisión de que las compañías asociadas publiquen los datos de financiación a médicos y asociaciones<sup>184,203</sup>. En España aunque no se cumplen varias normas que disponen restricciones y obligatoriedad de declaración de conflictos, se percibe un aumento de la publicación de códigos de buenas prácticas por las asociaciones sanitarias y algunas acciones de exigencia por parte de las administraciones autonómicas que en conjunto incrementarán la conciencia acerca de la independencia e imparcialidad de los profesionales y sus asociaciones, actores relevantes en la política de salud. Esta tendencia se advierte en instituciones relacionadas con la salud o la investigación que a nivel internacional y nacional están publicando códigos éticos, de buenas prácticas o documentos relacionados<sup>204205206</sup>.

Los resultados prueban las acciones de presión o influencia de diversos actores políticos sobre otros que en la mayoría de los casos pueden trazarse a acciones de terceros. No son verosímiles explicaciones alternativas a lo relatado por numerosos altos cargos. La consistencia en manifestar que reciben llamadas de órganos políticos superiores tipo oficinas económicas de presidencia o vicepresidencia o la unanimidad en el papel de lobby que a veces juega el partido político Convergencia i Unió coincidentes por lo descrito por Francés<sup>159</sup>, no dejan espacio para explicaciones alternativas. Quizá el valor de los resultados consiste en describir el abanico de actores políticos que se implican y lo sistemático de la ocurrencia de estas prácticas en el caso de la política estatal de salud. Varias de estas prácticas por sus formas y opacidad entrarían dentro del denominado amiguismo y que expone a los decisores públicos a una mayor vulnerabilidad a los grupos de interés. Cuando un Director General de Farmacia del Ministerio de Sanidad no cede a la presión de un actor y este le dice que tiene contactos en Vicepresidencia del Gobierno que efectivamente llama después para interesarse por un asunto da idea de la situación. Al respecto, Molins es bastante escéptico en lo que se refiere a un cambio de transparencia de los grupos de interés y del proceso de intermediación<sup>207</sup>. Los resultados de este trabajo apoyan su escepticismo, entre otros motivos por el grado de arbitrariedad de algunas decisiones clave que por tanto dan juego a intermediación opaca. Más de un interlocutor ha sido franco en reconocer que algunas negociaciones sobre precio de fármacos llegaban a donde ellos establecían y que salvando las limitaciones de precios comparados y los informes preparados por la subdirección, tenían bastante discrecionalidad. El Director General actual (2016) relata sin ambages la situación: “Muchas veces me siento a negociar con un laboratorio; empezamos a hablar de 10.000 euros y cuando me doy cuenta estamos en 8.000. ¿Hasta dónde bajo? No lo sé, porque desconozco el límite. Ellos dicen que han llegado al límite, pero a lo mejor si aprietas un poco más te baja a 7.500. Independientemente, la transparencia es difícil por las propias herramientas de la industria. Una directora general de recursos financieros en Europa me dijo que sabía perfectamente a qué precio se vende cada producto en cada país, pero que las filiales lo desconocían. Por tanto, si las propias filiales no lo saben, lógicamente la transparencia es imposible”<sup>208</sup>. Lo grave de la situación es que las decisiones de cobertura, financiación y reembolso (precios) de los medicamentos han de basarse en una evaluación económica rigurosa de su coste-efectividad de acuerdo a la normativa vigente (RDL9/2011 artículo 89; RDL16/2012

artículos 89bis), pero ocurre igual que con leyes sanitarias mencionadas en esta tesis, que no se cumplen. En este caso da margen a una discrecionalidad inaceptable que puede conducir a un derroche de recursos.

La disponibilidad de recursos y capacidad estratégica que motiva la captura del entorno intelectual según la conclusión más arriba escrita, está relacionada con la conclusión siguiente: los ministros y altos cargos relacionados con las políticas de salud están mucho más expuestos a interacciones que: **1) favorecen la inacción en la regulación de productos insalubres a cambio de supuestos consensos, colaboraciones público privadas y autocontrol; y, 2) les induce a la insostenibilidad del sistema de salud al acentuar las políticas de servicios asistenciales introduciendo más tecnologías basadas en patentes e ignorando la salud pública y la innovación social.**

El análisis de los resultados relativo a diversos grupos de actores coincide en que las industrias relacionadas con la salud disponen de una amplia gama de recursos y capacidad estratégica. Por ejemplo, conocen la agenda de la administración y el contenido de las reuniones de órganos colegiados, determinan la agenda de actos, influyen en establecer la agenda informativa de la salud, etc.; en resumen, tienen un gran dominio del medio en el que se formulan las políticas públicas de salud. En la discusión se ha usado el ejemplo de las vacunas para mostrar como determinar la agenda política con estrategias cuidadas de comunicación, influencia en actores interpuestos o consiguiendo la presencia de las altas autoridades ministeriales en actos dominados por el actor interesado en incluir una vacuna en el calendario vacunal. Igualmente, el uso de patronatos de cátedras universitarias o de fundaciones con prestigiosos y mediáticos expertos contribuye a considerar positivo cualquier acuerdo de autocontrol, por ejemplo con los productores de bebidas alcohólicas.

Pueden cuestionarse estas afirmaciones sosteniendo que el entorno intelectual o el espacio público en términos generales, responde a la pluralidad de actores. Hay que aceptar que los medios de comunicación son sensibles a mensajes críticos pero constructivos relacionados con la salud de la población y este hecho lo ilustra que actores que defienden intereses generales como la Sociedad Española de Epidemiología o la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria tengan mayor



presencia en los medios que otras asociaciones sanitarias como la de cardiología que tienen unos recursos que están a una distancia abismal de las anteriores y que cuenta con gabinete de prensa. Sin embargo, la intensidad de producción de notas de prensa de los actores interesados, particularmente las industrias, la abrumadora convocatoria de actos marcando las previsiones mediáticas diarias y la existencia de medios especializados financiados por las industrias condicionan que al final haya un sesgo hacia la medicalización, hacia la defensa de tecnologías médicas frente a otras alternativas y a otras políticas de salud. A esto se suma el proceso de captura cultural descrito en la página 159 y las acciones de relaciones públicas a través de fundaciones y otros organismos similares. También pueden mencionarse los resultados sobre los medios de comunicación que muestran una prensa escrita cada vez más dependiente de la financiación publicitaria que ha conducido a que el periódico con más ventas en España sustituyese en los últimos años un suplemento de salud con una perspectiva de salud pública por un publisreportaje financiado por empresas de prestación de servicios sanitarios asistenciales. O que muchos periódicos tengan secciones Web financiadas para que aparezcan determinados temas sin que figure la financiación. En la discusión se ha considerado ampliamente toda la gama de estrategias y recursos disponibles que efectivamente se aplican.

El producto de todo tal como en otro lugar hemos apuntado es: “el deslizamiento del debate y de la consideración pública hacia la enfermedad, hacia los cuidados sanitarios y hacia ciertos productos de especial rendimiento económico mientras se descuida la protección y promoción de la salud. Este deslizamiento ocurre a todos los niveles y casi siempre en la misma dirección. Por ejemplo, al implantar acciones preventivas en los servicios sanitarios, siempre será más sencillo desarrollar actividades que consuman fármacos o vacunas que las que no los consuman. Las acciones de enfermería comunitaria o medicina preventiva para prevenir accidentes infantiles en el hogar, para prevenir caídas de ancianos o fomentar su envejecimiento saludable, o cualquier acción de este cariz tiene muchas más dificultades para implantarse porque ni se ha desarrollado el suficiente conocimiento sobre su aplicación, ni se ha implantado formación para hacerlo, ni hay responsables sanitarios que las fomenten, etc. En cambio una nueva vacuna de eficacia dudosa o con efecto menor, puede ser una prestación financiada públicamente con rapidez pues la empresa promotora se ocupa de marcar la

agenda política, influyendo directamente en los decisores, en los medios de comunicación que la publicitan gratuitamente y en propios profesionales de la administración pública que se ven envueltos en trabajos relacionados con la vacuna sin que sea una prioridad explícita y adecuadamente valorada como tal”<sup>58</sup>.

Cabe admitir que sostener que la configuración de políticas de salud se ha sesgado por influencias externas para acentuar las políticas de servicios asistenciales e ignorar la salud pública y la innovación social puede resultar peculiar y producto de una perspectiva sesgada de la política de salud. Efectivamente creemos que “las formas de captura casi imperceptibles condicionan las políticas de salud atrapando al conjunto de actores implicados en la toma de decisiones e incluso a aquellos que generan conocimiento para esta toma de decisiones. Esta captura está entre las razones que explican la preponderancia de las políticas de cuidado de enfermedad y el descuido de las políticas integrales de salud. Los sistemas sanitarios son una parte relevante de la economía y hasta hace muy poco la tendencia predominante era hacia un continuo crecimiento marcado por la constante aparición de nuevas tecnologías y productos tendentes a medicalizar cualquier problema humano por mínimo que sea”<sup>58</sup>. Mientras que hemos descrito acciones de influencia directa para acciones concretas, tales como determinar el precio de un medicamento, incorporar una tecnología médica concreta en las prestaciones sanitarias o retrasar normas de reducción del consumo de alcohol, entendemos que son acciones más imperceptibles, incorporadas al funcionamiento habitual de las instituciones, las que influyen en determinar una agenda política de salud esté decantada hacia un enfoque medicalizado. Los ejemplos más arriba mencionados lo ilustran. Y los hechos comprobables es que usando sistemas de evaluación comunes en ciencias de la salud, intervenciones sanitarias no respaldadas por patentes que tienen unos efectos en salud mucho mayores medidos en años de vida ajustados por calidad ganados en comparación con tecnologías respaldadas por patentes, consiguen menos cobertura. Todo el sistema está preparado por inercia para que la agenda de incorporaciones la marquen las novedades tecnológicas con base industrial mientras que las de base social (enfermería comunitaria, fisioterapia preventiva, etc.) apenas tengan posibilidades. La propia comunidad investigadora de salud pública muestra un sesgo investigador hacia la enfermedad pues con los sistemas de financiación y contabilidad científicos actuales es más probable conseguir resultados si se acercan a la enfermedad

que no a la salud, hay más posibilidades de carrera investigadora cerca de la genómica que de las desigualdades sociales en salud. Igualmente la investigación en evaluación económica se deriva hacia la enfermedad, mientras que las investigaciones sobre los efectos económicos de las intervenciones de ganancia en salud son escasas con una diferencia extraordinaria. Por ejemplo, sólo se ha hecho una evaluación en España sobre los efectos sanitarios, sociales y económicos beneficiosos del control de la contaminación atmosférica. Que las acciones industriales para determinar la agenda sean más o menos deliberadas o parte de su estrategia de negocio habitual es menos relevante, la cuestión es si las autoridades sanitarias deciden o no disponer de su propia agenda de formación e investigación enlazada con las necesidades de salud de la población y se evalúa el impacto sanitario y social de la inversión en investigación tal como está dispuesto normativamente. Así mismo que las prestaciones sanitarias se abran a las de carácter no tecnológico como ya ocurre en otros países y que la evaluación social y económica se aplique a todo el abanico de intervenciones disponibles y no únicamente a las basadas en patentes.

Sobre las colaboraciones público-privadas en salud, los resultados observados y la consideración de ellos en la discusión basan las siguientes conclusiones: las denominadas colaboraciones público-privadas en promoción de la salud no han demostrado que sean efectivas y dan crédito social a compañías que producen productos insalubres; la promoción de las colaboraciones público-privadas se basa en parte en la captura del entorno científico.

Sólo hemos detectado una investigación sobre la efectividad de las colaboraciones público-privadas en promoción de la salud. El trabajo de Bryden et al. se centra sobre todo en el Public Health Responsibility Deal que se trata de un acuerdo entre el gobierno británico y varias compañías productoras de productos relacionados con la pandemia de obesidad y con enfermedades crónicas<sup>209</sup>. Sus resultados no son favorables a las colaboraciones de este carácter. La revisión realizada en esta tesis, actualiza estos resultados y muestra que con la excepción de un caso de prevención de malaria, el resto de colaboraciones estudiadas no aportan datos a favor de esta estrategia y por tanto confirman lo observado por Bryden que incluía un número menor de experiencias. Los resultados no excluyen que en el futuro, si se adoptan los requisitos establecidos por ejemplo por Galea y McKee<sup>210</sup>, algún acuerdo con algún tipo de

compañías podría resultar exitoso. Estas normas, excluyen acuerdos con compañías productoras de productos insalubres, por tanto limitan las colaboraciones con el sector privado a aquellas con las que hay sinergias de interés. Por ejemplo, podrían resultar satisfactorias colaboraciones con compañías interesadas en promocionar la actividad física de la población o el envejecimiento saludable.

Los resultados indican sin duda que hay que aplicar el principio de precaución y de momento descartar cualquier interacción destinada a promocionar la salud con compañías productoras de productos asociados a la enfermedad. Pese a ello, estas colaboraciones gozan de un crédito general y se usan por diversos gobiernos como estrategia asentada para promocionar la salud. Parte de este crédito puede ser debido a las opiniones favorables que reciben en el ámbito científico. Opiniones positivas no fundamentadas en evaluaciones o evidencias científicas tal como muestran los resultados. Las razones por las que el entorno científico aporta una visión exageradamente optimista de las colaboraciones público-privadas podría ser consecuencia de la adopción de algunas políticas en salud global. Como hemos relatado al describir detalladamente esta investigación<sup>211</sup>, la decisión de algunos gobiernos, instituciones multilaterales y agencias reguladoras de implicarse en relaciones con actores privados podría ser causa y efecto de este entorno favorable a las colaboraciones público-privadas. Buse y Harmer describieron como la ideología neoliberal influyó las actitudes y políticas públicas desde el final de los años 70 y el comienzo de los 80 del pasado siglo conduciendo a otorgar un mayor papel al sector privado por parte de instituciones influyentes<sup>212</sup>. En el ámbito de la salud y siguiendo la estela de Naciones Unidas el cambio fue patente en la OMS donde fueron activamente promocionados este tipo de acuerdos público-privados en salud. En palabras de la entonces Directora General (1998-2004), Gro Harlem Brundtland refiriéndose a las colaboraciones con el sector privado: “Sólo mediante nuevas e innovadoras colaboraciones podemos marcar la diferencia. Y la evidencia indica que lo estamos haciendo. Tanto si nos gusta o no, dependemos de nuestros colaboradores... para cerrar la brecha y conseguir salud para todos...”<sup>213</sup>. Muchos gobiernos, la Unión Europea y agencias tan reconocidas como los *Centers for Disease Control and Prevention* de Estados Unidos desarrollaron este tipo de colaboraciones, aunque con lagunas diferencias. Estos últimos, preferentemente son sectores privados con los que hay sinergias y no tienen relación con las causas de

enfermedad. Lo llamativo de este entusiasmo es que no estaba apoyado en evidencias científicas, aunque puedo seguramente beneficiarse de la confusión alrededor de la denominación colaboración público-privada. El término *Public Private Partnerships* se ha empleado en la política y en la academia para denominar interacciones de muy diverso tipo lo que puede haber dado lugar a confusiones sobre sus ventajas y riesgo. No es igual una colaboración para distribuir medicamentos efectivos en un área donde no hay acceso, que establecer una colaboración con productores de alcohol para reducir el consumo en menores. Por eso, Richter sugiere denominarles interacciones público-privadas<sup>214</sup>.

Esta crítica basada en los resultados a las interacciones público privadas no significa que las autoridades públicas no se relacionen con las empresas. Una política adecuada debe recibir toda la información que sea relevante, pero estos actores no deben participar en el diseño de la política que es responsabilidad pública. Tampoco debe confundirse la necesidad de la política intersectorial en salud con la necesidad de integrar a compañías privadas en la formulación de políticas.

La hipótesis alternativa de que las colaboraciones público-privadas son beneficiosas en promoción de la salud y de que no hay conflictos de interés en las opiniones vertidas en medios científicos sobre estas colaboraciones son difíciles de sostener si lo restringimos, tal como se planteó, a las colaboraciones con compañías de productos asociados a la enfermedad. No hay una sola evaluación publicada en revistas científicas que haya demostrado que estas colaboraciones mejoren la salud. Las evaluaciones identificadas favorables a las colaboraciones, solo aportan resultados de evaluación del proceso, lo que es insuficiente, pues interesan los efectos en la salud. Respecto a la información científica sobre estas colaboraciones, es verosímil que la proliferación de centros de salud global con ingentes recursos procedentes de donaciones de grandes corporaciones haya contribuido a la publicación por diversos autores de opiniones favorables sobre los beneficios de estas interacciones. Los resultados de la revisión realizada son muy claros al respecto, ninguno de los autores favorables mencionó una prueba de efectividad, como si hicieron los autores críticos. Por otra parte la presencia de conflictos de interés, no declarados en algunos casos, era mucho más frecuente en los autores favorables a las colaboraciones que en los desfavorables. Entendemos por ello que las conclusiones al respecto son sólidas y tienen

claras implicaciones en las políticas públicas de salud y deben tenerse en cuenta en las propuestas para alcanzar una mejora calidad de gobierno de la salud.



---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: commission on Social Determinants of Health final report. Ginebra, OMS, 2008.
- <sup>2</sup> Brezis M, Wiist WH. Vulnerability of health to market forces. *Med Care*. 2011;49:232–9.
- <sup>3</sup> Moodie R, Stuckler D, Monteiro C *et al*. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet* 2013; 381(9867):670–9.
- <sup>4</sup> Mindell JS, Reynolds L, Cohen DL, McKee M. All in this together: the corporate capture of public health. *BMJ*. 2012;345:e8082.
- <sup>5</sup> Chapman S. Advocacy in public health: roles and challenges. *Int J Epidemiol*. 2001;30(6):1226-32.
- <sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud. Promoción de salud. Glosario. Ginebra: OMS, 1998:15. (Traducción Ministerio de Sanidad y Consumo). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>7</sup> Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Editorial Planeta, 2014: 15-33.
- <sup>8</sup> Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Editorial Planeta, 2014: 70.
- <sup>9</sup> Chaqués L, Palau A. Comparing the Dynamics of Change in Food Safety and Pharmaceutical Policy in Spain. *Jnl Publ Pol* 2009;29(1):103-26.
- <sup>10</sup> Cairney P. A ‘Multiple Lenses’ approach to policy change: the case of tobacco policy in the UK. *Br Polit* 2007;2:45–68.
- <sup>11</sup> Shiffman J, Beer T, Wu Y. The emergence of global disease control priorities. *Health Policy Planning* 2002;17:225–34.



- 
- <sup>12</sup> Smith KE, Katikireddi SV. A glossary of theories for understanding policymaking. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(2):198-202.
- <sup>13</sup> Pricen S. Advocacy Coalitions and the Internationalization of Public Health Policies. *Jnl Publ Pol* 2007;27(1):13-33.
- <sup>14</sup> Chaques Bonafont L, Muñoz Márquez LM. Mobilization of Interest Groups in the Spanish Parliament. Paper presented at the ECPR general conference, Reykjavik, August 2011.
- <sup>15</sup> Molins JM, Muñoz Márquez L, Medina I (Dir.). *Los grupos de interés en España*. Madrid: Editorial Tecnos, 2016.
- <sup>16</sup> Chaques Bonafont L, Flores L. Farmaindustria como organización de intereses. En: Molins JM, Muñoz Márquez L, Medina I (Dir.). *Los grupos de interés en España*. Madrid: Editorial Tecnos, 2016: 244-66.
- <sup>17</sup> Palau AM. Las organizaciones de interés en la política de seguridad alimentaria. En: Molins JM, Muñoz Márquez L, Medina I (Dir.). *Los grupos de interés en España*. Madrid: Editorial Tecnos, 2016:267-98.
- <sup>18</sup> Ortún V, Callejón M. La reforma sanitaria. *Papeles de Economía Española* 2012, nº 133. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/PapelesEconEsp2012.pdf> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>19</sup> Abellán Perpiñán JM (Director). *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: Sostenibilidad y reformas*. IVIE- Fundación BBVA 2013:291. Disponible en: <http://www.ivie.es/es/actividades/noticias/2013/estudio-sistema-sanitario-publico.php> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>20</sup> J. Puig-Junoy. Price regulation systems in the pharmaceutical market. En: Puig-Junoy J (ed) *The Public Financing of Pharmaceuticals. An Economic Approach*. Chentelham: Edward Elgar, 2005:33-56.
- <sup>21</sup> Ortún V (ed). *El buen gobierno sanitario*. Madrid: Springer, 2009.
- <sup>22</sup> Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit*. 2011;25(4):333-8.
- <sup>23</sup> Freire JM. El buen gobierno, ¿eslabón perdido en la calidad en el SNS español? *Rev Calid Asist*. 2011; 26(4):211-4.

- 
- <sup>24</sup> Asociación de Economía de la Salud: Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. 2013: Disponible en: <http://www.aes.es/sns-diagnostico-propuestas/> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>25</sup> Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part I--A new development in health? *Bull World Health Organ* 2000;78:549-61.
- <sup>26</sup> Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part II--What are the health issues for global governance? *Bull World Health Organ* 2000;78:699-709.
- <sup>27</sup> Bryden A, Petticrew M, Mays N, Eastmure E, Knai C. Voluntary agreements between government and business - a scoping review of the literature with specific reference to the Public Health Responsibility Deal. *Health Policy* 2013;110:186-97.
- <sup>28</sup> Moodie R, Stuckler D, Monteiro C *et al.* Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet* 2013; 381(9867):670-9.
- <sup>29</sup> Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Editorial Planeta, 2014:61.
- <sup>30</sup> Centers for Disease Control and Prevention. History of the Surgeon General's Reports on Smoking and Health. Disponible en: [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/history/](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/history/) (accedido el 26/10/2016).
- <sup>31</sup> Fafard P. Beyond the usual suspects: using political science to enhance public health policy making. 2015 Feb 25. pii: jech-2014-204608. doi: 10.1136/jech-2014-204608.
- <sup>32</sup> Michaels D. Doubt is their product: how industry's assault on science threatens your health. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- <sup>33</sup> Breton E, De Leeuw E. Theories of the policy process in health promotion research: a review. *Health Promot Int.* 2011 Mar;26(1):82-90. doi: 10.1093/heapro/daq051. Epub 2010 Aug 18. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/26/1/82.full.pdf+html> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>34</sup> Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: commission on Social Determinants of Health final report. Ginebra, OMS, 2008. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1) (accedido el 26/10/2016).

- 
- <sup>35</sup> Holmberg S, Rothstein B. Dying of corruption. *Health Econ Policy Law*. 2011;6(4):529-47
- <sup>36</sup> Hastings G. Why corporate power is a public health priority. *BMJ*. 2012;345:e5124. doi: 10.1136/bmj.e5124.
- <sup>37</sup> Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Editorial Planeta, 2014.
- <sup>38</sup> Resolución de 7 de mayo de 2009, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, sobre consideración como situación de incapacidad temporal derivada de enfermedad común de los períodos de aislamiento preventivo sufridos por los trabajadores como consecuencia de la gripe A H1 N1. BOE núm. 113, de 9 de mayo de 2009, páginas 39889 a 39889.
- <sup>39</sup> Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Editorial Planeta, 2014: 15-19.
- <sup>40</sup> Dunn WN. Public policy analysis: An introduction. Chicago: Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1981. (Citado en referencia 8).
- <sup>41</sup> Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Editorial Planeta, 2014:15-33.
- <sup>42</sup> Dye TR. Understanding public policy. Chicago: Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1987:1. (Citado en referencia 8).
- <sup>43</sup> Transparencia Internacional España. Villoria Mendieta M (Dir.). Una evaluación del lobby en España: Análisis y propuestas. Madrid: Transparency International España, 2014: 83-4. Disponible en: [http://webantigua.transparencia.org.es/estudio\\_lobby/spain\\_lobbying\\_esp\\_final.pdf](http://webantigua.transparencia.org.es/estudio_lobby/spain_lobbying_esp_final.pdf) (accedido el 26/10/2016).
- <sup>44</sup> Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Editorial Planeta, 2014:35-72.
- <sup>45</sup> Hasting G. Why corporate power is a public health priority. *BMJ* 2012;345:e5124.
- <sup>46</sup> Horel S. Un asunto tóxico. Bruselas: Corporate Europe Observatory, 2015.
- <sup>47</sup> Ståhl T, Wismar T, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies, prospects and potentials. Helsinki, Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
- <sup>48</sup> Mehdipanah R, Rodríguez-Sanz M2 Malmusi D, Muntaner C, Díez E, Bartoll X, Borrell C. The effects of an urban renewal project on health and health inequalities: a

---

quasi-experimental study in Barcelona. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(9):811-7.

<sup>49</sup> Pérez L, Sunyer J, Künzli N. Estimating the health and economic benefits associated with reducing air pollution in the Barcelona metropolitan area (Spain). *Gac Sanit*. 2009;23(4):287-94.

<sup>50</sup> Carpenter D, Moss D eds. Preventing Regulatory Capture: Special Interest Influence and How to Limit It. New York: Cambridge University Press, 2014.

<sup>51</sup> Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Editorial Planeta, 2014:73-139.

<sup>52</sup> León Dominguez C, Gonzalez Ahedo MJ, Garcia Howlett M, Segura del Pozo J. Desigualdades en esperanza de vida entre barrios de Madrid. En: *Salud Pública y otras dudas* (Blog), noviembre 2015. Disponible en:

<https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2015/11/01/desigualdades-en-esperanza-de-vida-entre-barrios-de-madrid/> (accedido el 26/10/2016).

<sup>53</sup> Villoria M. ¿Más libertad o más felicidad? El buen gobierno del siglo XXI. XVI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Asunción, Paraguay, 8 - 11 Nov. 2011. Disponible en: <http://old.clad.org/documentos/congreso/villoria-conf.pdf> (accedido el 26/10/2016).

<sup>54</sup> Langley C, Parkinson S. Science and the corporate agenda: the detrimental effects of commercial influence on science and technology. Oct 12, 2009. Disponible en: <http://www.statewatch.org/news/2009/oct/scientists-for-global-responsibility-report.pdf>. (accedido el 26/10/2016).

<sup>55</sup> Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Editorial Planeta, 2014:338-40.

<sup>56</sup> Wahl-Jorgensen K, Hanitzsch T eds. *The Handbook of Journalism Studies*. New York: Routledge, 2009: 147-59.

<sup>57</sup> Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Madrid: Boletín Oficial del Estado, Miércoles 5 de octubre de 2011:104593- 626.

<sup>58</sup> Hernández-Aguado I. Calidad de Gobierno y políticas de salud. *Encuentros Multidisciplinares*. 2012; 41:20-8 (pág. 21).

<sup>59</sup> OECD Health Statistics. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (accedido el 26/10/2016).

---

<sup>60</sup> Künzli N, Pérez L. Los beneficios para la salud pública de la reducción de la contaminación atmosférica en el área metropolitana de Barcelona. Barcelona: CREAL, 2007. Disponible en:

[http://www.creal.cat/media/upload/arxiu/assessorament/Informe\\_contaminacio\\_esp.pdf](http://www.creal.cat/media/upload/arxiu/assessorament/Informe_contaminacio_esp.pdf) (accedido el 26/10/2016).

<sup>61</sup> Hemenway D. Why we don't spend enough on public health. *N Engl J Med*. 2010;362(18):1657-8.

<sup>62</sup> Breton E, de Leeuw E. Theories of the policy process in health promotion research: a review. *Health Promot Int*. 2011;26(1):82-90. doi:10.1093/heapro/daq051

<sup>63</sup> Bernier NF, Clavier C. Public health policy research: making the case for a political science approach. *Health Promot Int*. 2011;26(1):109-16. doi: 10.1093/heapro/daq079.

<sup>64</sup> Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en: [http://www.un.org/es/documents/udhr/index\\_print.shtml](http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml) (accedido el 26/10/2016).

<sup>65</sup> Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS, 2003.

<sup>66</sup> Espina C, Porta M, Schüz J, Aguado IH, Percival RV, Dora C, Slevin T, Guzman JR, Meredith T, Landrigan PJ, Neira M. Environmental and occupational interventions for primary prevention of cancer: a cross-sectorial policy framework. *Environ Health Perspect*. 2013;121(4):420-6.

<sup>67</sup> Ortún V (ed). El buen gobierno sanitario. Madrid: Springer, 2009.

<sup>68</sup> Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit*. 2011;25(4):333-8.

<sup>69</sup> Meneu R. Evaluación del buen gobierno. Algunas reflexiones para su mejora. En: Ortún V, editor. El buen gobierno sanitario. Madrid: Springer; 2009:11–25.

<sup>70</sup> Asociación de Economía de la Salud: Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. 2013: Disponible en: <http://www.aes.es/sns-diagnostico-propuestas/> (accedido el 26/10/2016).

<sup>71</sup> SESPAS. Posicionamiento de SESPAS sobre las políticas de privatización de la gestión de los servicios sanitarios. 2012. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Posicion.pdf> (accedido el 26/10/2016).

<sup>72</sup> Organización Médica Colegial. Profesión Médica y Reforma Sanitaria: propuestas de acción inmediata. 2012. Disponible en:

---

[https://www.cgcom.es/sites/default/files/profesion\\_medica\\_reforma\\_sanitaria.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/profesion_medica_reforma_sanitaria.pdf)

(accedido el 26/10/2016).

<sup>73</sup> Organización Médica Colegial: Decálogo para el Buen Gobierno de los Centros Sanitarios y la Profesionalización de la Dirección. Mimeo. 2005. Disponible en:

[http://www.cgcom.es/sites/default/files/05\\_03\\_16\\_buen\\_gobierno\\_0.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/05_03_16_buen_gobierno_0.pdf) (accedido el 26/10/2016).

<sup>74</sup> Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca. Disponible en:

<http://www.irekia.euskadi.eus/es/news/5158-buen-gobierno-sanidad-publica-vasca> (accedido el 26/10/2016).

<sup>75</sup> Repullo JR. Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional en la sanidad. Gac Sanit 2016 (en prensa).

<sup>76</sup> Transparencia Internacional España. Villoria Mendieta M (Dir.). Una evaluación del lobby en España: Análisis y propuestas. Madrid: Transparency International España, 2014:24-33. Disponible en:

[http://webantigua.transparencia.org.es/estudio\\_lobby/spain\\_lobbying\\_esp\\_final.pdf](http://webantigua.transparencia.org.es/estudio_lobby/spain_lobbying_esp_final.pdf) (accedido el 26/10/2016).

<sup>77</sup> Unión Europea. Agencias y otros organismos de la UE. Disponible en: [http://europa.eu/about-eu/agencies/index\\_es.htm](http://europa.eu/about-eu/agencies/index_es.htm) (accedido el 26/10/2016).

<sup>78</sup> Chaques Bonafont L, Muñoz Márquez LM. Mobilization of Interest Groups in the Spanish Parliament. Paper presented at the ECPR general conference, Reykjavik, August 2011

<sup>79</sup> Moynihan R, Smith R. Too much medicine? BMJ. 2002;324(7342):859-60.

<sup>80</sup> Caverly TJ, Combs BP, Moriates C, Shah N, Grady D. Too much medicine happens too often: the teachable moment and a call for manuscripts from clinical trainees. JAMA Intern Med. 2014;174(1):8-9.

<sup>81</sup> Gervas J, Pérez Fernández M. Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Madrid: Los Libros del Lince, 2013.

<sup>82</sup> Gervas J, Pérez Fernández M. La expropiación de la salud. Madrid: Los Libros del Lince, 2015.

<sup>83</sup> Chaqués Bonafont L. Nuevo paradigma, nuevo contexto institucional: el caso de la política farmacéutica. Gestión y Análisis de Políticas Públicas 2009;1:65-86.

- 
- <sup>84</sup> Moodie R, Stuckler D, Monteiro C *et al.* Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet* 2013; 381(9867):670–9.
- <sup>85</sup> Escolà C. *Licencia para matar. Una historia del tabaco en España.* Barcelona: Ediciones Península, 2016.
- <sup>86</sup> Brownell KD, Warner KE. The Perils of Ignoring History: Big Tobacco Played Dirty and Millions Died. How Similar Is Big Food? *Milbank Q* 2009;87(1): 259–94.
- <sup>87</sup> Chaqués L, Palau A. Comparing the Dynamics of Change in Food Safety and Pharmaceutical Policy in Spain. *Jnl Publ Pol* 2009;29(1)103-26.
- <sup>88</sup> Wiist W. The Corporate Playbook, Health, and Democracy: The Snack Food and Beverage Industry Industry’s Tactics in Context. In: Stuckler D, Siegel , K , editors. Oxford: Oxford University Press, 2011:204-16.
- <sup>89</sup> Bes-Rastrollo M, Ruiz-Canela M. Regulation and the food industry. *Lancet* 2013;381(9881):1902.
- <sup>90</sup> Transparency International España. Villoria Mendieta M (Dir.). *Una evaluación del lobby en España: Análisis y propuestas.* Madrid: Transparency International España, 2014:83-4. Disponible en: [http://webantigua.transparencia.org.es/estudio\\_lobby/spain\\_lobbying\\_esp\\_final.pdf](http://webantigua.transparencia.org.es/estudio_lobby/spain_lobbying_esp_final.pdf) (accedido el 26/10/2016).
- <sup>91</sup> Jahiel RI, BaborTF. Industrial epidemics, public health advocacy and the alcohol industry: lessons from other fields. *Addiction* 2007;102:1335–9.
- <sup>92</sup> Villalbí JR, Bosque-Prous M, Gili-Miner M, Espelt A, Brugal MT. Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Rev Esp Salud Publica.* 2014;88(4):515-28.
- <sup>93</sup> De Lorenzo J. Coca-Cola España reconoce un pago de 4,5 millones de euros a sociedades de nutrición y salud y centros universitarios. *La Celosia* 21-04-2016. Disponible en: <http://www.lacelosia.com/coca-cola-reconoce-un-pago-en-espana-de-45-millones-de-euros-sociedades-de-nutricion-salud-y-universidades/> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>94</sup> Royo-Bordonada MA. The Spanish experience of public-private partnerships with the drinks and food industries. *BMJ* 2014;348:g1189.

- 
- <sup>95</sup> Bienkov A. Astroturfing: what is it and why does it matter? The Guardian, 12-2-2012. Disponible en: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2012/feb/08/what-is-astroturfing> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>96</sup> Hellman, Jones y Kaufmann. Captura del Estado, corrupción e influencia en la transición. Finanzas & Desarrollo. Fondo Monetario Internacional. Septiembre 2001. Disponible en: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2001/09/pdf/hellman.pdf> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>97</sup> Villoria Mendieta M. Corrupción y liderazgo público. VII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración: Democracia y Buen Gobierno. Madrid, septiembre 2005. Disponible en: [http://www.aecpa.es/uploads/files/congresos/congreso\\_07/area06/GT24/VILLORIA-MENDIETA-Manuel\(URJC\).pdf](http://www.aecpa.es/uploads/files/congresos/congreso_07/area06/GT24/VILLORIA-MENDIETA-Manuel(URJC).pdf) (accedido el 26/10/2016).
- <sup>98</sup> Comisión Europea – Directorate-General Home Affairs. Study on Corruption in the Healthcare Sector, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.
- <sup>99</sup> Comisión Europea – Directorate-General Home Affairs. Study on Corruption in the Healthcare Sector, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013:86.
- <sup>100</sup> Robinson 1, Holland N, Leloup D, Muilerman H. Conflicts of interest at the European Food Safety Authority erode public confidence. J Epidemiol Community Health. 2013;67(9):717-20.
- <sup>101</sup> Then C. European Ombudsman demands EFSA admit failure [nota de prensa]: Testbiotech. 2011. Disponible en: <http://www.testbiotech.org/en/node/591> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>102</sup> Diamandouros PN. Draft recommendations of the European Ombudsman in his inquiry into complaint 775/2010/ANA against the European Food Safety Authority. 2011. Disponible en: <http://www.ombudsman.europa.eu/en/cases/recommendation.faces/en/11089/html.bookmark> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>103</sup> Macovei M. Discharge postponed for three agencies —correct management of conflict of interests on EP agenda [ press release]: EPP Group in the European Parliament. 2012. Disponible en: <http://www.eppgroup.eu/press-release/Discharge-postponed-for-three-Agencies> (accedido el 26/10/2016).



---

<sup>104</sup> European Parliament. Decision of 10 May 2012 on discharge in respect of the implementation of the budget of the European Food Safety Authority for the financial year 2010 (C7–0286/2011–2011/2226(DEC)). 2012. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-2012-0299&language=EN> (accedido el 26/10/2016).

<sup>105</sup> Corporate Europe Observatory. A red light for consumer information. Brussels, 2010. Disponible en: <http://corporateeurope.org/sites/default/files/sites/default/files/files/article/ceo-food-labelling.pdf> (accedido el 26/10/2016).

<sup>106</sup> Dietrich *et al.* Scientifically unfounded precaution drives European Commission's recommendations on EDC regulation, while defying common sense, well-established science and risk assessment principles. ALTEX 2013;30(3):381-5. [http://www.altex.ch/resources/open\\_letter.pdf](http://www.altex.ch/resources/open_letter.pdf) (accedido el 26/10/2016).

<sup>107</sup> Bergman A, Andersson AM, Becher G *et al.* Science and policy on endocrine disrupters must not be mixed: a reply to a “common sense” intervention by toxicology journal editors. Environmental Health. 2013;12:69. Disponible en: <http://www.ehjournal.net/content/12/1/69> (accedido el 26/10/2016).

<sup>108</sup> Gore AC, Balthazart J, Bikle D *et al.* Policy Decisions on Endocrine Disrupters Should Be Based on Science Across Disciplines: A Response to Dietrich *et al.* Endocrinology. 2013;154(11):3957-60. Disponible en: <http://press.endocrine.org/doi/full/10.1210/en.2013-1854> (accedido el 26/10/2016).

<sup>109</sup> Horel S, Bienkowski B. Special report: Scientists critical of EU chemical policy have industry ties. Environmental Health News. 23 September 2013. Disponible en: <http://www.environmentalhealthnews.org/ehs/news/2013/eu-conflict> (accedido el 26/10/2016).

<sup>110</sup> Kwak J. Cultural Capture and the Financial Crisis. En: Carpenter D, Moss DA eds. Preventing Regulatory Capture Special Interest Influence and How to Limit it. The Tobin Project. New York: Cambridge University Press, 2014:71-98.

<sup>111</sup> Carpenter D, Moss DA eds. Preventing Regulatory Capture Special Interest Influence and How to Limit it. The Tobin Project. New York: Cambridge University Press, 2014:13.

- 
- <sup>112</sup> Brezis M, Wiist WH. Vulnerability of health to market forces. *Med Care*. 2011;49:232–9.
- <sup>113</sup> Smith TG, Tasnádi A. The economics information, deep capture, and the obesity debate. *Amer J Agr Econ* 2014; 96(2): 533–541.
- <sup>114</sup> Farmaindustria. Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica. Madrid: Unidad de Supervisión Deontológica, Farmaindustria, 2014. Disponible en: <http://www.codigofarmaindustria.org/servlet/sarfi/home.html> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>115</sup> Coca-Cola España. Colaboraciones en salud, nutrición y actividad física y apoyo a través de becas a proyectos de investigación. Disponible en: <http://www.cocacolaespana.es/salud-nutricion/colaboraciones-y-becas-investigacion-listado-organizaciones> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>116</sup> Coca-Cola España. Preguntas frecuentes sobre nuestras colaboraciones en salud, nutrición y actividad física y apoyo a través de becas a proyectos de investigación. Disponible en: <http://www.cocacolaespana.es/salud-nutricion/colaboraciones-y-becas-investigacion-preguntas-y-respuestas> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>117</sup> Mindell JS, Reynolds L, Cohen DL, McKee M. All in this together: the corporate capture of public health. *BMJ*. 2012;345:e8082.
- <sup>118</sup> Dal Bó, E. Regulatory Capture: A Review. *Oxford Review of Economic Policy* 2006;22(2): 203–25.
- <sup>119</sup> Comisión Europea. Dirección General de la Competencia. Documento de trabajo: Investigación sectorial sobre el sector farmacéutico. 2008. Disponible en: [http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/exec\\_summary\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/exec_summary_es.pdf) (accedido el 26/10/2016).
- <sup>120</sup> Lincoln P, Rundall P, Jeffery B, Kellett G, Lobstein T, Lhotska L, Allen K, Gupta A. Conflicts of interest and the UN high-level meeting on non-communicable diseases. *Lancet*. 2011;378(9804):e6. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61463-3.
- <sup>121</sup> Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part I--A new development in health? *Bull World Health Organ* 2000;78:549-61.
- <sup>122</sup> Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part II--What are the health issues for global governance? *Bull World Health Organ* 2000;78:699-709.
- <sup>123</sup> Richter J. Public-private partnerships and international health policy-making. How can public interests be safeguarded? Helsinki: Hakapaino Oy, 2004. Disponible en:

---

<http://formin.finland.fi/public/download.aspx?ID=12360&GUID=%7B3556FE5F-6CBC-4000-86F3-99EBFD2778FC%7D> (accedido el 26/10/2016).

<sup>124</sup> Bryden A, Petticrew M, Mays N, Eastmure E, Knai C. Voluntary agreements between government and business - a scoping review of the literature with specific reference to the Public Health Responsibility Deal. *Health Policy* 2013;110:186-97.

<sup>125</sup> Las Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca. Disponibles en:

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_codigo\\_buen\\_gobierno/es\\_osk/adjuntos/buenGobierno.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_codigo_buen_gobierno/es_osk/adjuntos/buenGobierno.pdf) (accedido el 26/10/2016).

<sup>126</sup> Naciones Unidas. Enhanced cooperation between the United Nations and all relevant partners, in particular the private sector, Report of the Secretary-General to the General Assembly. Item 47 of the provisional agenda: Towards global partnerships. UN Doc. A/58/227. New York, 2003:4.

<sup>127</sup> Villalbí JR. [Assessment of the Spanish law 28/2005 for smoking prevention]. *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83:805-20.

<sup>128</sup> Schneider NK, Sebríé EM, Fernández E. The so-called "Spanish model" - tobacco industry strategies and its impact in Europe and Latin America. *BMC Public Health*. 2011;11:907.

<sup>129</sup> Smith K. Beyond Evidence-Based Policy in Public Health. The Interplay of Ideas. New York: Palgrave Macmillan, 2013:70-110.

<sup>130</sup> Medina I , Muñoz Márquez L . La relevancia de los grupos de interés en ciencia política. En: Molins JM, Muñoz Márquez L, Medina I (Dir.). Los grupos de interés en España. Madrid: Editorial Tecnos, 2016:21-56.

<sup>131</sup> Transparencia Internacional España. Villoria Mendieta M (Dir.). Una evaluación del lobby en España: Análisis y propuestas. Madrid: Transparency International España, 2014: 41-4.

Disponible en:

[http://webantigua.transparencia.org.es/estudio\\_lobby/spain\\_lobbying\\_esp\\_final.pdf](http://webantigua.transparencia.org.es/estudio_lobby/spain_lobbying_esp_final.pdf) (accedido el 26/10/2016).

<sup>132</sup> Repullo Labrador JR, Infante Campos A. La cohesión del SNS y su sostenibilidad: en el aniversario de una Ley que buscó de forma tardía e insuficiente gobernar un sistema descentralizado. *Derecho y Salud*, 2013, 23 (extraordinario). Disponible en:

---

<https://www.ajs.es/revista-derecho-y-salud/la-cohesion-del-sns-y-su-sostenibilidad-en-el-aniversario-de-una-ley-que-busco-de-forma-tardia-e-ins> (accedido el 26/10/2016).

<sup>133</sup> Transparencia Internacional España. Villoria Mendieta M (Dir.). Una evaluación del lobby en España: Análisis y propuestas. Madrid: Transparency International España, 2014:38-40. Disponible en:

[http://webantigua.transparencia.org.es/estudio\\_lobby/spain\\_lobbying\\_esp\\_final.pdf](http://webantigua.transparencia.org.es/estudio_lobby/spain_lobbying_esp_final.pdf) (accedido el 26/10/2016).

<sup>134</sup> Compromís. Programa Eleccions 2015. Valencia, 5015. Disponible en: <http://ambvalentia.compromis.net/programa> (accedido el 26/10/2016).

<sup>135</sup> Hernandez Aguado I, Lumbreras B. Public-Private Partnerships: Role of Corporate Sponsorship in Public Health. En: Barrett DH, Ortmann LH, Dawson A, Saenz C, Reis A, Bolan G. (Eds.) Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe. Springer Open, 2016:80-83.

<sup>136</sup> Anderson TS, Good CB, Gellad WF. Prevalence and compensation of academic leaders, professors, and trustees on publicly traded US healthcare company boards of directors: cross sectional study. BMJ. 2015;351:h4826. doi: 10.1136/bmj.h4826.

<sup>137</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Resolución de 11 de abril de 2016, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se otorga la Cruz Blanca de la Orden al Mérito del Plan Nacional sobre Drogas a la Federación Española de Bebidas Espirituosas. BOE 2016, Núm. 11: 31890. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2016/05/13/pdfs/BOE-A-2016-4616.pdf> (accedido el 26/10/2016).

<sup>138</sup> Cohen D, Carter P. Conflicts of interest. WHO and the pandemic flu "conspiracies". BMJ. 2010;340:c2912. doi: 10.1136/bmj.c2912

<sup>139</sup> Godlee F. Conflicts of interest and pandemic flu. BMJ. 2010;340:c2947. doi: 10.1136/bmj.c2947

<sup>140</sup> Homedes N, Ugalde A. Are Private Interests Clouding the Peer-Review Process of the WHO Bulletin? A Case Study. Account Res. 2016;23(5):309-17.

<sup>141</sup> Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part I--A new development in health? Bull World Health Organ 2000;78:549-61.

<sup>142</sup> People's Health Movement, Medact, Health Action International, Medicos International and Third World Network. Conflicts of interest within

---

philanthrocapitalism. En: Global Health Watch 3: An Alternative World Health Report. London: Zed Books Ltd, 2011:267-74.

<sup>143</sup> People's Health Movement, Medact, Health Action International, Medicos International and Third World Network. World health organisation: captive to conflicting interests. En: Global Health Watch 3: An Alternative World Health Report. London: Zed Books Ltd, 2011:229-48.

<sup>144</sup> Lenzer J. Centers for Disease Control and Prevention: protecting the private good? BMJ. 2015;350:h2362. doi: 10.1136/bmj.h2362.

<sup>145</sup> Cuellar MF. Coalitions, Autonomy & Regulatory Bargains in Public Health Law. En: Carpenter D, Moss DA eds. Preventing Regulatory Capture Special Interest Influence and How to Limit it. The Tobin Project. New York: Cambridge University Press, 2014: 326-62.

<sup>146</sup> Rubin R. Tale of 2 Agencies: CDC Avoids Gun Violence Research But NIH Funds It. JAMA. 2016;315(16):1689-91.

<sup>147</sup> Cohen D. European Medicines Agency is to tighten up on advisers' conflicts of interest. BMJ. 2012;344:e2388. doi: 10.1136/bmj.e2388.

<sup>148</sup> Robinson C, Holland N, Leloup D, Muilerman H. Conflicts of interest at the European Food Safety Authority erode public confidence. J Epidemiol Community Health. 2013;67(9):717-20.

<sup>149</sup> Pham-Kanter G. Revisiting financial conflicts of interest in FDA advisory committees. Milbank Q. 2014;92(3):446-70.

<sup>150</sup> Steinbrook R. Financial conflicts of interest and the Food and Drug Administration's Advisory Committees. N Engl J Med. 2005;353:116–118.

<sup>151</sup> Lurie P. Financial conflicts of interest are related to voting patterns at FDA Advisory Committee meetings. Med Gen Med. 2006;8(4):22.

<sup>152</sup> Kondro W. Conflicts cause FDA to review advisory committees. CMAJ. 2006;175(1):23.

<sup>153</sup> Moreno-Pérez D, Álvarez García, FJ, Arístegui Fernández J, Cilleruelo Ortega MJ,. Corretger Rauet JM, García Sánchez N *et al.* Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP): recomendaciones 2016. An Pediatr (Barc). 2016;84(1):60.e1-13. doi: 10.1016/j.anpedi.2015.10.001

- 
- <sup>154</sup> Mandeville KL, O'Neill S, Brighouse A, Walker A, Yarrow K, Chan K. Academics and competing interests in H1N1 influenza media reporting. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(3):197-203.
- <sup>155</sup> Brugué Q, Canal R, Paya P. ¿Inteligencia administrativa para abordar “problemas malditos”? El caso de las comisiones interdepartamentales. *Gestión y Política Pública* 2015;24(1):85-130.
- <sup>156</sup> De Lorenzo J. Puxeu Rocamora, ex alto cargo de Agricultura, hace lobby en favor de las bebidas azucaradas sin la oposición del Gobierno. *La Celosía* 30 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://www.lacelosia.com/puxeu-rocamora-ex-alto-cargo-de-agricultura-hace-lobby-en-favor-de-las-bebidas-azucaradas-sin-la-oposicion-del-gobierno/> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>157</sup> WHO urges global action to curtail consumption and health impacts of sugary drinks. Geneva: OMS, Nota de prensa, 11 de octubre de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/curtail-sugary-drinks/en/#> (accedido el 26/10/2016).
- <sup>158</sup> Organización Mundial de la Salud. Fiscal policies for diet and prevention of non-communicable diseases: technical meeting report. Geneva: OMS, 2016.
- <sup>159</sup> Francés J. ¡Qué vienen los lobbies! El opaco negocio de la influencia en España. Barcelona: Ediciones Destino, 2013:170-1.
- <sup>160</sup> Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Editorial Planeta, 2014:110.
- <sup>161</sup> Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Editorial Planeta, 2014: 113-5.
- <sup>162</sup> Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Editorial Planeta, 2014: 28-30.
- <sup>163</sup> Farmaindustria. Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica. Madrid: Farmaindustria, 2014. Disponible en: [http://www.autocontrol.es/pdfs/pdfs\\_codigos/codigo\\_farmaceutica\\_2014.pdf](http://www.autocontrol.es/pdfs/pdfs_codigos/codigo_farmaceutica_2014.pdf) (accedido el 26/10/2016).
- <sup>164</sup> Evaluación de las políticas y prácticas sobre conflictos de interés: un análisis comparativo. *Administración&Ciudadanía*. 2016, nº 1:217-56.

---

<sup>165</sup> Arribas Reyes E, Villoria Mendieta M. Marcos de integridad, calidad institucional y medios de comunicación en España. Nueva Época. 2012, No. 8:1-18.

<sup>166</sup> Forest PG, Denis JL, Brown LD, Helms D. Health Reform Requires Policy Capacity. Int J Health Pol Manag 2015; 4(5):265-6.

<sup>167</sup> Greer SL, Wismar M, Figueras J. Strengthening Health System Governance. Better policies stronger performance. Open University Press, (2016)pp. 22-42. (Consultado el 30/01/2017). Disponible en:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf?ua=1) (accedido el 22/01/2017).

<sup>168</sup> Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco. BOE» núm. 251, de 19 de octubre de 2002. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-20273-consolidado.pdf> (accedido el 24/01/2017).

<sup>169</sup> Michalowitz I. What determines influence? Assessing conditions for decision-making influence of interest groups in the EU. J Eur Public Policy 2007;14(1):132-51.

<sup>170</sup> Villalbí JR, Granero L, Brugal MT. Políticas de regulación del alcohol en España: ¿salud pública basada en la experiencia? Informe SESPAS 2008. Gac Sanit 2008; 22 (Supl 1): 79-85.

<sup>171</sup> Hernández-Aguado I, Villalbí JR. Interaction with the private sector and failures in the regulation of alcohol in Spain. Public-Private interactions in nutrition-related non-communicable diseases: Lessons from research, policy, and practice. Canadian Institutes of Health Research -Institute of Population and Public Health (IPPH) and the International Development Research Centre (IDRC) (en prensa).

<sup>172</sup> OCDE Development Centre. Corruption in the extractive value chain: typology of risks, mitigation measures and incentives. Paris: OCDE, 2016. Disponible en: <http://www.oecd.org/dev/Corruption-in-the-extractive-value-chain.pdf> (accedido el 20/01/2017).

<sup>173</sup> Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Vasavid C, Prakongsai P, Pongutta S. Regulation of Health Service Delivery in Private Sector:

---

Challenges and Opportunities. Results for Development Institute New York: The Rockefeller Foundation, 2008. Disponible en:  
<http://www.resultsfordevelopment.org/sites/resultsfordevelopment.org/files/resources/Regulation%20of%20Health%20Service%20Delivery%20in%20the%20Private%20Sector.pdf> (accedido el 28/01/2017).

<sup>174</sup> Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2014. Panorama general: Riesgo y oportunidad. La administración del riesgo como instrumento de desarrollo.

Washington, DC: Banco Mundial, 2013, pp:89-90. Disponible en:  
[http://siteresources.worldbank.org/EXTNWDR2013/Resources/8258024-1352909193861/8936935-1356011448215/8986901-1380046989056/WDR-2014\\_Complete\\_Report.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTNWDR2013/Resources/8258024-1352909193861/8936935-1356011448215/8986901-1380046989056/WDR-2014_Complete_Report.pdf) (accedido el 28/01/2017).

<sup>175</sup> PSOE. Motivos para creer. Programa electoral. Elecciones generales 2008.

Disponible en:

[https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiZ9fvy6eTRAhXDuBQKHdUOB14QFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.psoe.es%2Fdownload.do%3Fid%3D118784&usg=AFQjCNHxoJ\\_68u6mGOMkOW1LE8NsrTMLwg&sig2=1tJPoSzbRqmVqakD0njm7w&bvm=bv.145822982,d.d24](https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiZ9fvy6eTRAhXDuBQKHdUOB14QFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.psoe.es%2Fdownload.do%3Fid%3D118784&usg=AFQjCNHxoJ_68u6mGOMkOW1LE8NsrTMLwg&sig2=1tJPoSzbRqmVqakD0njm7w&bvm=bv.145822982,d.d24) (accedido el 28/01/2017).

<sup>176</sup> Coleman R, McCombs M, Shaw D, Weaver D. Agenda Setting. En: Wahl.Jorgensen K, Hanitzsch T eds. The hanbook of Journalism Studies. New York: Taylor & Francis 2009, pp: 147-60.

<sup>177</sup> Shaw DL, McCombs ME. The Agenda-Setting Function of Mass Media. Public Opin Quart 1972;36(2):176-87.

<sup>178</sup> Page BI, Shapiro RY. Effects of public opinión on policy. Am Pol Sci Rev 1983;77(1):175-90.

<sup>179</sup> Burstein P. (The Impact of Public Opinion on Public Policy: A Review and an Agenda. Polit Res Quart 2003; 56(1): 29-40.

<sup>180</sup> Repullo JR, Freire JM. Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit 2016;30 Suppl 1:3-8. Disponible



---

en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/linkresolver/implementando-estrategias-mejorar-el-gobierno/S0213911116300620/> (accedido el 29/01/2017).

<sup>181</sup> Barbado J. Los directivos del sector se unen al clamor por un ‘Hispanice. Redacción Médica, 2014: 17 de febrero. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/noticia/los-directivos-del-sector-se-unen-al-clamor-por-un-hispanice-9350> (accedido el 29/01/2017).

<sup>182</sup> Abellán Perpiñán JM, Martínez Pérez JE. Cómo articular la cooperación en red de los recursos sobre conocimiento y evaluación en salud y servicios sanitarios en España. ¿Hacia un HispanICE? Gac Sanit 2016;30 Supl 1:14-8.

<sup>183</sup> Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, Morgana A. Promoting good practice in health promotion in Spain: the potential role of a new agency. Gac Sanit 2016;30 Supl 1:19-24.

<sup>184</sup> Hoff, A, Lelieveldt H, van der Does R. A biased rapporteur or politics as usual? Reassessing the balance of interests in the EU food information labelling case J Eur Public Policy 2016;23(2):296-313.

<sup>185</sup> Kurzer P, Cooper A. Biased or not? Organized interests and the case of EU food information labelling. J Eur Public Policy 2013;20(5):722-40.

<sup>186</sup> Klüver H. Biasing Politics? Interest Group Participation in EU Policy-Making. West European Politics 2012; 35(5): 1114–33.

<sup>187</sup> Mahoney C. Lobbying success in the United States and the European Union. J Public Policy 2007; 27(1): 35–56.

<sup>188</sup> Eising R. 2007. The access of business interests to EU institutions: towards élite pluralism? J Eur Public Policy 2007; 14(3):384–403.

<sup>189</sup> Editorial. Law: an underused tool to improve health and wellbeing for all. Lancet 2017; 389(10067):331.

<sup>190</sup> Advancing the right to health: the vital role of law. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252815/1/9789241511384-eng.pdf?ua=1> (accedido el 30/01/2017).

- 
- <sup>191</sup> Klüver, H. The contextual nature of lobbying: explaining lobbying success in the European Union. *European Union Politics* 2011;12(4): 483–506.
- <sup>192</sup> Bouwen P. Corporate lobbying in the European Union: the logic of access. *J Eur Public Policy* 2002; 9(3):365-90.
- <sup>193</sup> Bernhagen P. Information or context: what accounts for positional proximity between the European Commission and lobbyists? *J Eur Public Policy* 2015;22(4):570-87.
- <sup>194</sup> Gehring T, Krapohl S. Supranational regulatory agencies between independence and control: the EMEA and the authorization of pharmaceuticals in the European Single Market. *J Eur Public Policy* 2007;14(2):208-26.
- <sup>195</sup> Rose SL, Highland J, Karafa MT, Joffe S. Patient Advocacy Organizations, Industry Funding, and Conflicts of Interest. *JAMA Intern Med.* 2017 Jan 17. doi: 10.1001 (en prensa)
- <sup>196</sup> Katz D, Caplan AL, Merz JF. All gifts large and small: toward an understanding of the ethics of pharmaceutical industry gift-giving. *Am J Bioeth.* 2010;10(10):11-7.
- <sup>197</sup> Ruano A. El conflicto de intereses económico de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria. Barcelona: SESPAS, 2011.
- <sup>198</sup> Relman AS. Medical professionalism in a commercialized health care market. *JAMA.* 2007;298(22):2668-70.
- <sup>199</sup> Rothman DJ, McDonald WJ, Berkowitz CD, Chimonas SC, DeAngelis CD, Hale RW, Nissen SE, Osborn JE, Scully JH Jr, Thomson GE, Wofsy D. Professional medical associations and their relationships with industry: a proposal for controlling conflict of interest. *JAMA.* 2009;301(13):1367-72.
- <sup>200</sup> Schott G, Dünneberger C, Mühlbauer B, Niebling W, Pahl H, Ludwig WD. Does the pharmaceutical industry influence guidelines?: two examples from Germany. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110(35-36):575-83.
- <sup>201</sup> Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review. *JAMA.* 2003;289:454–65.
- <sup>202</sup> Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ.* 2003;326:1167–70.
- <sup>203</sup> EFPIA Code on Disclosure of Transfers of Value from Pharmaceutical Companies to Healthcare Professionals and Healthcare Organizations. EFPIA, 2014. Disponible en: <http://transparency.efpia.eu/uploads/Modules/Documents/efpia-disclosure-code-2014.pdf> (accedido el 14/12/2016)

- 
- <sup>204</sup> Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Public health and the interests of the pharmaceutical industry: how to guarantee the primacy of public health interests? Resolution 2071 (2015). Disponible en castellano en: <http://www.icf.uab.cat/es/pdf/informacio/bg/bg284.15e.pdf> (accedido el 14/12/2016)
- <sup>205</sup> Confederación de Sociedades Científicas de España, Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas, Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Declaración Nacional sobre Integridad Científica, 2015. Disponible en: [http://www.crue.org/Documentos%20compartidos/Informes%20y%20Posicionamientos/Declaraci%C3%B3n%20Nacional%20Integridad%20Cient%C3%ADfica\\_.pdf](http://www.crue.org/Documentos%20compartidos/Informes%20y%20Posicionamientos/Declaraci%C3%B3n%20Nacional%20Integridad%20Cient%C3%ADfica_.pdf) (accedido el 14/12/2016)
- <sup>206</sup> Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre las Relaciones entre los Médicos y las Empresas Comerciales, 2009. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/r2/> (accedido el 14/12/2016)
- <sup>207</sup> Molins JM. Los grupos de interés en España. Del “amiguismo” a la pluralidad democrática. En: Molins JM, Muñoz Márquez L, Medina I (Dir.). Los grupos de interés en España. Madrid: Editorial Tecnos, 2016:644-657.
- <sup>208</sup> Rodríguez CB. Entrevista a Agustín Rivero. Revista de Economía de la Salud 2016; 11 (3 ) 376-87. Disponible en: [http://www.economiadelasalud.com/pdf/N3/Entrevista\\_Agustin\\_Rivero.pdf](http://www.economiadelasalud.com/pdf/N3/Entrevista_Agustin_Rivero.pdf) (accedido 23/01/2017)
- <sup>209</sup> Bryden A, Petticrew M, Mays N, Eastmure E, Knai C. Voluntary agreements between government and business-A scoping review of the literature with specific reference to the Public Health Responsibility Deal. Health Policy 2013;110(2-3):186-97.
- <sup>210</sup> Galea G, McKee M. Public-private partnerships with large corporations: Setting the ground rules for better health. Health Policy 2014;115:138-40.
- <sup>211</sup> Hernandez-Aguado I, Zaragoza GA. Support of public-private partnerships in health promotion and conflicts of interest. BMJ Open. 2016;18;6(4):e009342.
- <sup>212</sup> Buse K, Harmer AM. Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: practice and potential. Soc Sci Med 2007;64:259-71.
- <sup>213</sup> Richter J. Public-private partnerships for health: a trend with no alternatives? Development 2004;47:43-8.

---

<sup>214</sup> Richter J. Public-private partnerships and international policy-making. How can public interests be safeguarded? Helsinki: Hakapaino Oy, 2004.



## ANEXO I.

Investigaciones revisadas en los estudios 2 y 3:

2. Captura cultural: la captura de la ciencia sobre colaboraciones público privadas en salud pública.

1. Babor TF. Partnership, profits and public health. *Addiction* 2000;95:193-5.
2. Brady M, Rundall P. Governments should govern, and corporations should follow the rules. *SCN NEWS* 2011;39:51-56.
3. Brownell KD. Thinking Forward: The Quicksand of Appeasing the Food Industry. *PLoS Med* 2012;9:e1001254.
4. Bruno K. Perilous partnerships: the UN's corporate outreach program. *J Public Health Policy* 2000;21:388-93.
5. Cannon G. Out of the Box. *Public Health Nutr* 2009;12:732.
6. Carmona RH. Foundations for a Healthier United States. *J Am Diet Assoc* 2006;106:341.
7. Ciccone DK. Arguing for a centralized coordination solution to the public-private partnership explosion in global health. *Glob Health Promot* 2010;17:48–51.15.
8. Costa Coitinho D. Editorial. *SCN NEWS* 2011;39:4-5.
9. Dangour AD, Diaz Z, Sullivan LM. Building global advocacy for nutrition: a review of the European and US landscapes. *Food Nutr Bull* 2012;33:92-8.
10. Easton A. Public-private partnerships and public health practice in the 21st century: looking back at the experience of the Steps Program. *Prev Chronic Dis* 2009;6:A38.
11. Elinder LS. Obesity and chronic diseases, whose business? *Eur J Public Health* 2011;21:402–3.
12. Fillmore KM, Roizen R. The new manichaeism in alcohol science. *Addiction* 2000;95:198-9.
13. Fisher JC. Can we engage the alcohol industry to help combat sexually transmitted disease? *Int J Public Health* 2010;55:147-8.
14. Freedhoff Y, Hébert PC. Partnerships between health organizations and the food industry risk derailing public health nutrition. *CMAJ* 2011;183:291–2.
15. Freedhoff Y. The food industry is neither friend, nor foe, nor partner: Can the food industry partner in health? *Obes Rev* 2014;15:6–8.
16. Friedl KE, Rowe S, Bellows LL, Johnson SL, Hetherington MM, de Froidmont-Görtz I, *et al.* Report of an EU–US Symposium on Understanding Nutrition-Related Consumer Behavior: Strategies to Promote a Lifetime of Healthy Food Choices. *J Nutr Educ Behav* 2014;46:445–50.

17. Galea G, McKee M. Public-private partnerships with large corporations: Setting the ground rules for better health. *Health Policy* 2014;115:138-40.
18. Gilmore AB, Fooks G. Global Fund needs to address conflict of interest. *Bull World Health Organ* 2012;90:71-2.
19. Gilmore AB, Savell E, Collin J. Public health, corporations and the New Responsibility Deal: promoting partnerships with vectors of disease? *J Public Health (Oxf)* 2011;33:2-4.
20. Gomes F, Lobstein T. Food and beverage transnational corporations and nutrition policy. *SCN NEWS* 2011;39:57-65.
21. Hawkes C, Buse K. Public-private engagement for diet and health: addressing the governance gap. *SCN NEWS* 2011;39:6-10.
22. Hernández Aguado I, Lumbreras Lacarra B. Crisis and the independence of public health policies. *SESPAS report* 2014. *Gac Sani* 2014;28 Suppl 1:24-30.
23. Jernigan D H. The global alcohol industry: an overview. *Addiction* 2009;104:6-12.
24. Jernigan D, Mosher J. Permission for profits. *Addiction* 2000;95:190-1.
25. Kickbusch I, Quick J. Partnerships for health in the 21st century. *World Health Stat Q* 1998;51:68-74.
26. Kraak VI, Swinburn B, Lawrence M *et al.* The accountability of public-private partnerships with food, beverage and quick-serve restaurant companies to address global hunger and the double burden of malnutrition. *SCN NEWS* 2011;39:11-24.
27. Kraak VI, Kumanyika SK, Story M. The commercial marketing of healthy lifestyles to address the global child and adolescent obesity pandemic: prospects, pitfalls and priorities. *Public Health Nutr* 2009;12:2027-36.
28. Kraak VI, Story M. A public health perspective on healthy lifestyles and public-private partnerships for global childhood obesity prevention. *J Am Diet Assoc* 2010;110:192-200.
29. The Lancet. Editorial. Trick or treat or UNICEF Canada. *Lancet* 2010;376:1514.
30. Lang T, Rayner G. Corporate responsibility in public health. *BMJ* 2010;341:110-1.
31. Lemmens P. Critical independence and personal integrity. *Addiction* 2000;95:187-8.
32. Ludwig D, Nestle M. Can the Food Industry Play a Constructive Role in the Obesity Epidemic? *JAMA* 2008;300:1808-11.
33. Majestic E. Public health's inconvenient truth: the need to create partnerships with the business sector. *Prev Chronic Dis* 2009;6:A39.
34. McCreanor T, Casswell S, Hill L. ICAP and the perils of partnership. *Addiction* 2000;95:179-185.
35. McKinnon R. A case for public-private partnerships in health: lessons from an honest broker. *Prev Chronic Dis* 2009;6:1-4.
36. Mello MM, Pomeranz J, Moran P. The interplay of public health law and industry self-regulation: the case of sugar-sweetened beverage sales in schools. *Am J Public Health* 2008;98:595-604.
37. Miller D, Harkins C. Corporate strategy, corporate capture: Food and alcohol industry lobbying. *Crit. Soc. Pol.* 2010;30:564-89.
38. Monteiro CA, Cannon G. The Impact of Transnational "Big Food" Companies on the South: A View from Brazil. *PLoS Med* 2012;9:e1001252.

39. Moodie R. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet* 2013;381:670-9.
40. Raw M. Real partnerships need trust. *Addiction* 2000;95:196.
41. Remick AP, Kendrick JS. Breaking New Ground: The Text4baby Program. *Am J Health Promot* 2013;27:S4-6.
42. Richter J. Public-private Partnerships for Health: A trend with no alternatives? *Development* 2004;47:43-8.
43. Singer PA, Ansett S, Sagoe-Moses I. What could infant and young child nutrition learn from sweatshops? *BMC Public Health* 2011;11:276.
44. Stuckler D, Nestle M. Big Food, Food Systems, and Global Health. *PLoS Med* 2012;9:e1001242.
45. Yach D, Feldman ZA, Bradley DG, Khan M. Can the Food Industry Help Tackle the Growing Global Burden of Undernutrition? *Am J Public Health* 2010;100:974-80.
46. Yach D, Khan M, Bradley D, Hargrove R, Kehoe S, Mensah G. The role and challenges of the food industry in addressing chronic disease. *Global Health* 2010;6:10.
47. Knai C, Petticrew M, Durand MA, Eastmure E, James L, Mehrotra A, *et al.* Has a public-private partnership resulted in action on healthier diets in England? An analysis of the Public Health Responsibility Deal food pledges. *Food Policy*. 2015;54:1-10.

### 3. El papel de las colaboraciones público privadas en la promoción de la salud.

1. Harris DM, Seymour J, Grummer-Strawn L, Cooper A, Collins B, DiSogra L, *et al.* Let's Move Salad Bars to Schools: A Public-Private Partnership To Increase Student Fruit and Vegetable Consumption. *Child Obes.* 2012;8(4):294-7.
2. Panjwani C, Caraher M. The Public Health Responsibility Deal: brokering a deal for public health, but on whose terms? *Health Policy*. 2014;114(2-3):163-73.
3. Gorham G, Dulin-Keita A, Risica PM, Mello J, Papandonatos G, Nunn A, *et al.* Effectiveness of Fresh to You, a Discount Fresh Fruit and Vegetable Market in Low-Income Neighborhoods, on Children's Fruit and Vegetable Consumption, Rhode Island, 2010-2011. *Prev Chronic Dis.* 2015;12:E176.
4. Elliott T, Trevena H, Sacks G, Dunford E, Martin J, Webster J, *et al.* A systematic interim assessment of the Australian Government's food and health dialogue. *Med J Aust.* 2014;200(2):92-5.
5. Knai C, Petticrew M, Durand MA, Scott C, James L, Mehrotra A, *et al.* The Public Health Responsibility deal: Has a public-private partnership brought about action on alcohol reduction? *Addiction.* 2015;110(8):1217-25.
6. Knai C, Petticrew M, Durand MA, Eastmure E, Mays N. Are the Public Health Responsibility Deal alcohol pledges likely to improve public health? An evidence synthesis. *Addiction.* 2015;110(8):1232-46.
7. Knai C, Petticrew M, Scott C, Durand MA, Eastmure E, James L, *et al.* Getting England to be more physically active: are the Public Health Responsibility Deal's physical activity pledges the answer? *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015;12:107.



8. Petticrew M, Eastmure E, Mays N, Knai C, Durand MA, Nolte E. The public health responsibility deal: How should such a complex public health policy be evaluated? *J Public Heal (United Kingdom)*. 2013;35(4):495–501.
9. Bryden A, Petticrew M, Mays N, Eastmure E, Knai C. Voluntary agreements between government and business-A scoping review of the literature with specific reference to the Public Health Responsibility Deal. *Health Policy* 2013;110(2–3):186–97.
10. Durand MA, Petticrew M, Goulding L, Eastmure E, Knai C, Mays N. An evaluation of the Public Health Responsibility Deal: Informants' experiences and views of the development, implementation and achievements of a pledge-based, public-private partnership to improve population health in England. *Health Policy*. 2015;119(11):1506–14.
11. Eze IC, Kramer K, Msengwa A, Mandike R, Lengeler C. Mass distribution of free insecticide-treated nets do not interfere with continuous net distribution in Tanzania. *Malar J*. 2014;13(1):196.
12. Sanders KC, Rundi C, Jelip J, Rashman Y, Smith Gueye C, Gosling RD. Eliminating malaria in Malaysia: the role of partnerships between the public and commercial sectors in Sabah. *Malar J*. 2014;13:24.
13. Sedlmayr R, Fink G, Miller JM, Earle D, Steketee RW. Health impact and cost-effectiveness of a private sector bed net distribution: experimental evidence from Zambia. *Malar J*. 2013;12:102.
14. Ramiah I, Reich MR. Building effective public-private partnerships: Experiences and lessons from the African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships (ACHAP). *Soc Sci Med*. 2006;63(2):397–408.